

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica
Intervenção de enfermagem especializada

Marta Sofia Tinoco Neves Soares Pacheco

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica
Intervenção de enfermagem especializada


Marta Sofia Tinoco Neves Soares Pacheco

Orientador: Prof.^a Maria Teresa Leal

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

João Lobo Antunes

in “Ouvir com Outros Olhos”

DEDICATÓRIA

A ti meu irmão.
Porque sempre acreditaste.
Em mim, em ti e na vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que acreditaram em mim desde o início. Que deram tudo para que hoje fosse a profissional que sou. Pela motivação e apoio de sempre na construção deste percurso que também é vosso. Jamais vos conseguirei agradecer o suficiente.

Ao Miguel, meu companheiro para a vida. Porque estiveste presente em todos os minutos de alegria, realização, cansaço e frustração. Porque sempre acreditaste em mim e nos meus sonhos.

À Rita, por todos os dias em que não te pude ir buscar à escola, em que não pude brincar ou não fiquei para te contar a história. Porque isto também é teu e para ti. Para que te orgulhes da mãe.

A todos os familiares e amigos. Pelos almoços, jantares e momentos em que não pude estar presente ou que saí a correr. Por acreditarem que todas estas ausências seriam por uma boa causa.

Às minhas companheiras de mestrado, pelos momentos de alegria e amizade.

À Sr.^a Prof. Maria Teresa Leal que me permitiu ser hoje mais enfermeira e acreditar que quanto mais fazemos, mais conseguimos alcançar, com esforço e dedicação, seguindo aquilo em que acreditamos.

Aos enfermeiros que me acolheram e orientaram em ensino clínico, pela partilha de conhecimento, experiências e dedicação ao meu crescimento pessoal e profissional.

Por fim, mas não menos importante, a cada doente que me permitiu ver a enfermagem por outro paradigma. Por tudo o que me ensinaram ao longo destes anos, obrigado.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

ECMO – Membrana de Oxigenação Extracorporal

EE – Enfermeiro Especializado

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré-Hospitalar

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SE – Sala de Emergência

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

A VULNERABILIDADE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Intervenção de enfermagem especializada

RESUMO

A permanente evolução tecnológica em saúde tem proporcionando aos enfermeiros grandes desafios na manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, impulsionando a necessidade do desenvolvimento de competências específicas nesta área.

A vulnerabilidade humana apresenta-se como um conceito importante neste contexto, associado a graves implicações para a saúde. A pertinência desta condição na pessoa em situação crítica justificou uma revisão da literatura onde emerge a importância da intervenção do enfermeiro especializado de acordo com a evidência científica disponível. O presente relatório visa descrever e refletir sobre as experiências vivenciadas e intervenções desenvolvidas no decorrer dos estágios desenvolvidos em três unidades de saúde, definindo como objetivo desenvolver competências especializadas no cuidar à pessoa em situação crítica a vivenciar um processo de vulnerabilidade acrescida, em emergência e reanimação.

Na procura de uma praxis reflexiva, onde a qualidade dos cuidados prestados se traduz em ganhos para a saúde daqueles que cuidamos, o percurso foi ancorado nos pressupostos da Teoria de Rozzano Locsin, onde a tecnologia é vista como um elo de ligação entre o doente e o enfermeiro, numa relação de vulnerabilidade mútua e de verdadeiro conhecimento dos intervenientes. As atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio permitiram o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no âmbito das relações humanas, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados, no que concerne ao cuidado à pessoa adulta a vivenciar processos complexos de doença crítica e de vulnerabilidade acrescida em ambiente de urgência, pré-hospitalar e unidades de cuidados intensivos.

Ainda a proximidade com a família, permitiu a consolidação de uma relação empática e atenta, com base numa postura ética e de respeito nos cuidados e capacitação para a adaptação aos processos de transição.

Palavras-Chave: Pessoa em situação crítica, vulnerabilidade acrescida, cuidados de enfermagem, emergência.

THE VULNERABILITY OF THE CRITICAL PATIENT

The Intervention of Specialised Nursing

SUMMARY

The constant technological evolution in health has given nurses great challenges in maintaining the safety and quality of the care provided, bringing about the need for the development of specific skills in this area.

Human vulnerability is presented as an important concept in this context, associated with serious health implications. The importance of this condition in the critically ill patient justified a revision of the literature on this matter where the importance of the intervention of the specialised nurse emerges, according to available scientific research. These recent studies aim at describing and reflecting upon the experiences and the implemented measures of ongoing internships in three different health units, whose main objective was to develop specialised competences to care for the critically ill patient, who was highly vulnerable in an emergency and resuscitation crisis.

In search of a reflexive praxis, where the quality of care provided translates into benefits for the health of those we care for, the path taken was based on the assumption of Rozzano Locsin's theory, where technology is seen as a link between the patient and the nurse, in a relationship of mutual vulnerability and true knowledge of what's involved. The activities implemented within the different areas of the internships, allowed for the development of specialised nursing competences with a scope towards human relations, professional responsibility, ethics and Legalities, the continuous improvement of care management, with regard to the adult facing the complex processes of a critical illness and increased vulnerability in an emergency, in pre-hospital and in intensive care units.

The proximity to the families allowed for the consolidation of a both empathetic and close relationship, based on an ethical and respectful approach towards the care provided, and the capacity to adapt to the transitional processes.

Keywords: Critically ill person, vulnerability, nursing care, emergency

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1.REVISÃO DA LITERATURA.....	23
1.1 A pessoa em situação crítica	23
1.2 A vulnerabilidade como conceito associado aos cuidados de saúde	25
1.3 Cuidar a PSC vulnerável num ambiente de cuidado tecnológico: intervenção do enfermeiro especializado.....	30
2.ENQUADRAMENTO CLÍNICO.....	37
2.1. Serviço de urgência geral polivalente	39
2.2. Viatura médica de emergência e reanimação	48
2.3. Unidade de cuidados intensivos	57
3.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE I: Protocolo da RIL "Intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, em emergência e reanimação"	79
APÊNDICE II: Apresentação powerpoint da formação “Terapia de alto fluxo – uma realidade no serviço de urgência?”	91
APÊNDICE III: <i>Poster</i> intitulado “Vulnerabilidade da pessoa em situação crítica em emergência e reanimação"	103
ANEXOS	107
ANEXO I: Certificado de presença no curso de abordagem ao doente urgente.....	109
ANEXO II: Certificados de participação com comunicações livres nos eventos “Up to date emergência – do real ao ideal” e “Doente crítico 2017”	113
ANEXO III: Certificado de presença no “II simpósio de medicina intensiva do Centro Hospitalar Lisboa Norte”	119
ANEXO IV: Comprovativo de aceitação de <i>poster</i> no 4.º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria	123

INTRODUÇÃO

Os conhecimentos apreendidos ao longo do percurso profissional permitem construir o próprio saber, essencial ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas.

Segundo Deodato (2008), uma prática reflexiva associa-se à aprendizagem construtiva e, neste sentido, o enfermeiro especializado (EE) deve ser um profissional que, na sua tomada de decisão, tenha sentido crítico, com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica de enfermagem, de forma a apoiar a sua prática.

No desejo da aquisição e desenvolvimento de competências com vista à prática de cuidados especializada descrita, o presente relatório surge da concretização do projeto de estágio inserido no 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem, na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pretende dar relevância e visibilidade ao processo formativo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem à PSC e visa o desenvolvimento da capacidade de exposição de situações práticas, construindo um saber diferenciado a partir da reflexão sobre o percurso formativo.

No seu conteúdo encontram-se descritos e analisados criticamente os objetivos gerais e específicos propostos, bem como as intervenções e atividades desenvolvidas, através da prestação de cuidados ao adulto em situação crítica ao longo de 17 semanas na prática clínica.

A aquisição e o desenvolvimento de competências foram alicerçados nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos – grau de mestre – enquadrado no processo de Bolonha (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008) em articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Patricia Benner (2001).

Segundo este modelo, a aquisição e o desenvolvimento de competências ocorre numa sequência de cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, onde a importância da experiência prática, aliada ao

domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva, e visa a qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001), permitindo ao enfermeiro o exercício de uma prática mais refletida, aperfeiçoada e com um maior sentido (Hesbeen, 2001).

Barros *et al.* (2006, p.21) referem-se à qualidade em saúde como aquela onde o cuidado é prestado com um “nível de acordo com o estado de arte, no momento preciso e no doente certo”. Para Hesbeen (2001) o enfermeiro recorre a “pequenas coisas” para cuidar, ou seja, apesar dos saberes de naturezas várias e do seu tecnicismo, a enfermagem abrange uma imensidão de coisas. Assim, é legítimo afirmar que a qualidade dos cuidados é influenciada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida, isto é, do desejo de cuidar para além dos atos que executa (Hesbeen, 2001).

A experiência profissional adquirida na área do doente crítico, ambiente associado ao trabalho mecanizado e tecnicista, levou-me a refletir nas prioridades de cuidados. Defendo que a personalidade do enfermeiro tende a moldar a forma como encara a experiência do outro em momentos difíceis e que ser enfermeiro não se restringe apenas ao domínio das componentes teórica e técnica, num conjunto de conhecimentos e perícias que lhe permitam prestar cuidados rápidos de forma eficaz. O enfermeiro deve ser um profissional autónomo, competente, com uma prática refletida e baseada na evidência; mas com a clara capacidade de resposta às necessidades biopsicossociais da pessoa, promovendo a diferença no processo de recuperação e na experiência traumática em si, fomentando o sentimento de segurança e reduzindo a vulnerabilidade da pessoa.

Benner (2001) assume que a teoria, base da intervenção do enfermeiro, oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas que a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria. Para a autora, o EE é um perito que domina a teoria, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-o e possibilitando uma prestação de cuidados individualizados numa perspetiva holística. Assim, objetivei questionar a minha prática e aperfeiçoar o saber-ser e saber-fazer, pois é no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, onde se integram os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência, que poderemos alcançar a especialização (Benner, 2001).

Ainda o título de enfermeiro especialista, de acordo com a OE, reconhece ao enfermeiro competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas (OE,

2011). Garante à PSC cuidados de enfermagem

altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2011, p.8656).

Neste sentido, uma intervenção especializada dirigida à diminuição da vulnerabilidade da PSC em emergência e reanimação fundamentou todo o percurso para o meu desenvolvimento de competências no presente mestrado.

O conceito de vulnerabilidade humana é importante na enfermagem, na medida em que surge associado a graves implicações para a saúde. Segundo Sellman (2005), quando a pessoa carece de cuidados de saúde, torna-se mais vulnerável, num contínuo de fragilidade. O conceito não é estanque e pode assumir diferentes significados de pessoa para pessoa. O que para o enfermeiro compreende vulnerabilidade, pode na realidade não o representar para o doente. Assim, a criação de uma relação empática e de proximidade desde o primeiro contacto constitui uma excelente estratégia de identificação dessa condição.

A evidência disponível na área da experiência da PSC em emergência e reanimação é reduzida, particularmente em Portugal. A preocupação constante em fundamentar práticas, criar algoritmos de atuação eficazes e salvar a vida com as mínimas complicações associadas é sem dúvida de valorizar, mas importa alargar a esfera de observação crítica e procurar a excelência dos cuidados, de forma individualizada. Apesar de enraizados num profissionalismo reconhecido, os enfermeiros são profissionais que cuidam, numa arte complexa e subtil e isso não deve ser descurado, em prol da tecnicidade. Considera-se complexidade da prática, a atenção na ajuda prestada ao outro e a procura do sentido que implica (Hesbeen, 2001).

Atualmente, a prática baseada na evidência é uma meta desejada na área da saúde, na medida em que a integração da investigação mais recente conduz à melhoria da qualidade dos cuidados. Profetto-McGrath, Negrin, Hugo & Smith (2010) sugerem então que o EE seja um agente promotor dessa mudança nas organizações.

O enfermeiro, como o profissional de primeira linha na admissão e cuidado à PSC deve agir como um veículo de mudança de paradigma e fomentar um olhar mais atento às necessidades biopsicossociais dos doentes.

Neste sentido, à luz das competências definidas para o presente mestrado, defini como objetivo geral para a operacionalização do meu projeto de estágio: desenvolver competências especializadas no cuidar à PSC a vivenciar vulnerabilidade acrescida, em contexto de emergência e reanimação.

Questões pessoais e profissionais justificam a escolha do tema, no meu entender pertinente, atual e com grande influência nos cuidados de enfermagem de hoje, na base de uma maior satisfação por parte dos doentes e consequente valorização da profissão, enquanto prática assente em competências técnicas e humanas. Os contextos de cuidados selecionados para o desenvolvimento de aptidões e competências foram três áreas distintas onde a vulnerabilidade é mais extrema: serviço de urgência (SU), pré-hospitalar (PH) na viatura médica de emergência e reanimação (VMER) e unidade de cuidados intensivos (UCI).

A tecnologia crescente que caracteriza os contextos onde descrevo a prática de cuidados na operacionalização do projeto conduziu-me aos pressupostos da Teoria de Rozzano Locsin, onde a tecnologia é encarada como um elo de ligação entre o doente e o enfermeiro, numa relação de vulnerabilidade mútua e de verdadeiro conhecimento dos intervenientes (Locsin, 2005).

De forma a tornar o presente documento de fácil leitura, optei por o dividir em três capítulos. Inicialmente, na introdução, é apresentado o enquadramento global do relatório, o tema e as razões implícitas à escolha do mesmo, bem como as competências e objetivos a atingir. No primeiro capítulo é apresentada uma revisão da literatura, baseada na evidência disponível e sustentada pela Revisão Integrativa da Literatura (RIL) elaborada. Segue-se a exposição do referencial teórico escolhido, fundamentado de acordo com o tema. No segundo capítulo, insere-se o corpo do processo de aquisição de competências especializadas, onde se apresentam os processos de trabalho de todo o percurso, por campos de estágio ou valências de cuidados e indicadores de resultados. Por fim, nas considerações finais surge uma reflexão crítica da concretização dos objetivos propostos, dos resultados alcançados e aprendizagens auferidas que permitiram mudanças na minha prática profissional, traduzidas por uma resposta mais fundamentada e crítica no sentido da diminuição da vulnerabilidade da PSC, e sustentam implicações para a clínica e investigação.

O presente documento segue as normas de elaboração de trabalhos contempladas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Godinho, 2017) e a referenciação bibliográfica rege-se pela norma da American Psychological Association, 6th Edition.

1. REVISÃO DA LITERATURA

No presente capítulo é apresentada uma revisão da literatura, com base na melhor evidência científica disponível, com o objetivo de definir e clarificar conceitos, articulando-os com a prática clínica. Desta forma, serão abordados os conceitos de PSC e de vulnerabilidade e a sua influência na pessoa a vivenciar complexos processos de doença. O capítulo termina com a revisão da intervenção especializada de enfermagem numa perspetiva do cuidar tecnológico à pessoa vulnerável.

1.1 A pessoa em situação crítica

O conceito de enfermagem remete-nos a pessoas. Pessoas que experienciam uma alteração da estabilidade saúde/doença; que por alguma razão, que lhes é intrínseca ou não, veem comprometida a satisfação das suas necessidades humanas básicas. A enfermagem surge como resposta a esta necessidade.

A pessoa, foco fundamental na disciplina de enfermagem, é um ser biopsicossocial e espiritual complexo, altamente permeável aos estímulos e ao ambiente que a rodeia. Rege-se por crenças e valores e é dotada de uma característica que a define como identidade – a personalidade. Neste sentido, na prática dos cuidados, os enfermeiros devem focar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, numa perspetiva holística, promovendo a relação terapêutica e de confiança, para alcançar cuidados de enfermagem com resultados positivos (OE, 2011).

A gravidade da doença é proporcional ao grau de dependência física, emocional e social que apresenta. Assim, tendo em conta que o foco do enfermeiro na área de especialidade em que me insiro é a PSC, é pertinente encontrar uma definição que se enquadre nos cuidados de enfermagem.

Numa perspetiva biomédica, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008, p.9) define PSC como “aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”. De acordo com o enquadramento

proposto pela OE, a PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.8656).

A procura de outras definições de referência para a enfermagem, conduziu-me até Benner *et al.* (2011) que, definem a PSC como aquela que é incapaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica, ou que corre o risco de rapidamente a desenvolver. Assumem que as intervenções rápidas e o carácter urgente que lhe está associado são fundamentais para a prática de enfermagem de cuidados intensivos e a principal razão para que sejam admitidas nestas áreas, nomeadamente, a dependência da substituição de órgãos *major*, terapêutica específica contínua e tecnologia de suporte.

A PSC vivência uma complexidade de processos com ameaça à vida. O risco, associado à disfunção ou iminência de disfunção de órgão(s), implica meios de monitorização, vigilância e terapêutica avançados (OE, 2011; Ordem dos Médicos & SPCI, 2008). Neste sentido, a PSC deve ser cuidada em unidades hospitalares munidas de recursos humanos e tecnológicos que assegurem a melhor resposta em tempo útil, de forma a garantir a qualidade dos cuidados e a acessibilidade aos mesmos (Urden, Stacy, & Lough, 2010).

As UCI e os SU, serviços específicos dotados de um aparato tecnológico significativo, apesar de se constituírem ambientes interessantes e entusiasmantes do ponto de vista da aprendizagem para o profissional de saúde, são exatamente o oposto para quem carece dos cuidados, nomeadamente os doentes e familiares. Quando a PSC é admitida nestes serviços em contexto de emergência, surge como prioridade a identificação da causa da instabilidade e a sua correção, numa perspetiva da preservação da vida. Muitas vezes, isto ocorre quando o doente apresenta um nível de consciência baixo ou mesmo nulo, mas nem sempre assim o é, e as necessidades individuais deixam de ser colmatadas apenas com as intervenções deste paradigma. É importante que no característico ambiente algo movimentado, tecnicista e sofisticado de uma urgência ou UCI, se compreenda a pessoa, numa perspetiva biopsicossocial.

Há tendência para que os profissionais desvalorizem que, para além do corpo hemodinamicamente instável, existe um ser inserido numa dinâmica social e familiar única. Alguém que deixou para trás os seus pertences, as suas preocupações e que vivencia uma experiência de medo, de desconhecimento do seu problema de saúde, mas onde continuam a ser inerentes as preocupações pessoais prévias ao evento

crítico. É importante que as equipas multiprofissionais o valorizem, de forma a agilizar e direcionar os cuidados para a pluralidade de necessidades da PSC.

Inúmeros autores incidiram os seus estudos no âmbito da experiência da PSC nestes ambientes de cuidados e a palavra vulnerabilidade emergiu de forma transversal, como um conceito complexo, subjetivo e de caráter primordial para a prestação de cuidados de excelência pelo EE. Neste sentido, importa conhecer o conceito de forma mais rigorosa e fundamentada pela melhor evidência disponível, articulando-a com a realidade da prática de cuidados.

1.2 A vulnerabilidade como conceito associado aos cuidados de saúde

Numa perspetiva histórica, a palavra vulnerabilidade tem origem no latim “*vulnerabilis*” cujo significado é estar ferido ou ter a probabilidade de ser ferido (Purdy, 2004). O conceito surgiu, a partir dos anos setenta, como um aspeto fundamental da condição humana. Entrou no vocabulário filosófico como uma realidade constitutiva do homem, uma condição universal da humanidade e indissoluvelmente ligada à responsabilidade (Neves, 2006).

A constante evolução da sociedade foi colocando novos desafios e exigências, nomeadamente no que respeita à transformação dos fatores de vulnerabilidade e à sua compreensão, levando ao desenvolvimento enquanto conceito e, mais tarde em princípio ético.

Classificou-se em dois sentidos: uma característica, numa função adjetiva, mais restrita, comum e imediatamente apreensível e, como uma condição, numa função nominal, mais ampla e que nos remete a uma conceção antropológica como fundamento da ética (Neves, 2006). Reconhecida como um traço sólido da condição humana e perspetivada na sua irredutível finitude e fragilidade, foi definida como um princípio ético em 2005, na Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos, visando “garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais o princípio da autonomia e do consentimento se manifestam insuficientes” (Neves, 2006, p. 168).

Ser vulnerável é um fenómeno complexo, ainda ambíguo, que desafia a prática de enfermagem, constituindo-se um importante conceito para a profissão, uma vez que está intrinsecamente relacionado com a saúde e os problemas que daí decorrem (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, & Fracoli, 2008; Spiers, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define vulnerabilidade como “grau de

incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças/acidentes” (OMS, 2002, s.p.). Purdy (2004) acrescenta que é um processo dinâmico e permeável às circunstâncias que influenciam, positiva ou negativamente, o modo como cada pessoa concretiza os seus objetivos, numa interação entre elementos como a idade, etnia, situação económica, educação, apoio social e doença (Nichita et al., 2008).

Influenciada por fatores pessoais e ambientais, gera stresse e ansiedade, como algo subjetivo e não estanque, variando de pessoa para pessoa (Scanlon & Lee, 2007; Shi, 2001), como uma característica própria (Rogers [1997] referencia Rose & Killien [1983]). Cada indivíduo é detentor de fatores pessoais, inatos ou adquiridos, que, em interação com o ambiente, influenciam o estado de saúde (Rogers, 1997).

Ainda a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (2005) sugere que a vulnerabilidade humana seja considerada na aplicação e avanço do conhecimento científico, práticas médicas e tecnologias associadas.

Estudos (Cousley, 2015; Nichita et al., 2008) consideram que alguns grupos sociais são mais vulneráveis à morbilidade e mortalidade que outros, como as crianças ou idosos, mulheres, minorias étnicas, pessoas com baixo apoio social, acesso limitado à educação, baixos rendimentos e desempregados. Assumem que a vulnerabilidade nestes grupos é influenciada pela perceção que possuem sobre o processo saúde-doença e sobre a vida em geral (Nichita et al., [2008] referenciam Takahashi [2001]) com maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde.

Embora muitos autores tenham explorado a vulnerabilidade, poucos abordaram os diferentes significados de vulnerabilidade e estratégias dirigidas à sua diminuição em contexto clínico. Assim, não existe um consenso geral sobre o que a vulnerabilidade realmente significa para a pessoa.

Apesar do seu carácter subjetivo, emergem três tipos de vulnerabilidade:

- a) *Vulnerabilidade social*: relacionada com dados demográficos, económicos ou culturais que podem ser relevantes no potencial desenvolvimento da doença (Cousley [2015] referencia Steptoe & Marmot [2003]);
- b) *Vulnerabilidade psicológica*: relaciona os efeitos emocionais da ansiedade ou stresse como causa de potencial ou real dano físico à identidade da pessoa. De difícil previsão, este tipo de vulnerabilidade pode ocorrer em indivíduos que são afastados do seu ambiente colocados em contextos onde veem o autocontrolo e identidade alterados (Cousley, 2015);

- c) *Vulnerabilidade física*: incapacidade do indivíduo para resistir a mais danos, quando a sua condição atual já é comprometida por doença ou trauma (Cousley, 2015).

De forma a determinar o nível de vulnerabilidade, Rogers (1997) assumiu uma correlação entre o ambiente de suporte envolvente e os recursos pessoais existentes, através de um modelo conceptual. Essa correlação encontra-se concetualizada na figura 1, onde, num triângulo equilátero é demonstrada a interação entre as três variáveis - à medida que a pessoa desenvolve mais recursos pessoais ou se insere num ambiente mais favorável, a vulnerabilidade diminui.

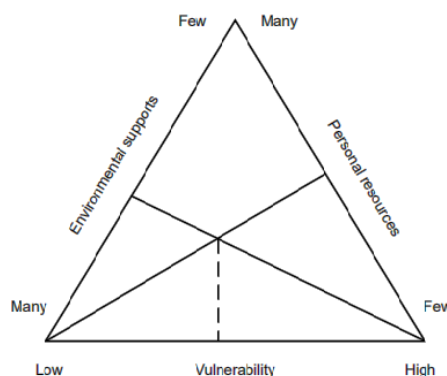


Figura 1. Modelo da Vulnerabilidade (Fonte: Rogers, 1997, p. 68)

Copp (1986) sugere que quando as situações de vida saem do nosso controle com ameaça à saúde, a condição de vulnerabilidade emerge. Considerada uma barreira aos *outcomes* positivos do doente, admite-se que a maioria das pessoas irá experienciar este fenómeno em contexto de hospitalização (Mitchel, 2010). Compreender os indicadores de vulnerabilidade física, psicológica e social e identificar ações dirigidas à sua diminuição, constitui um importante guia na intervenção dos profissionais de saúde (Scanlon & Lee, 2007), particularmente dos enfermeiros, profissionais que mais tempo passam junto da pessoa no seu processo de internamento.

A evidência disponível demonstra que a vulnerabilidade é uma componente presente em todos os contextos de cuidados de saúde. No entanto, os doentes admitidos ou cuidados em contexto de emergência são os mais vulneráveis (Hansagi *et al.*, 1990, 1991). Face à iminência da finitude da vida, o grau de exposição corporal, dor, incapacidade de cuidar de si mesmo, ausência de controlo sobre a situação, medo do desconhecido e comprometimento da satisfação das suas necessidades, a pessoa vivencia uma situação de maior fragilidade e incerteza.

Assim, tendo em conta o modelo proposto por Rogers (1997), a PSC encontra-se num elevado nível de vulnerabilidade acrescida, quer pelos diminuídos recursos pessoais na doença aguda, quer pelo ambiente em que se insere na procura de cuidados de saúde emergentes. Habitualmente experiencia os três tipos de vulnerabilidade descritos, de forma única e por vezes simultânea; no entanto, a vulnerabilidade física e a psicológica interagem de tal forma que se influenciam mutuamente e exacerbam a condição.

A vulnerabilidade física associa-se a uma diminuída resistência ao prejuízo causado por doença ou lesão, muito comum em contexto de urgência e cuidados intensivos, onde os procedimentos e dispositivos invasivos que dão suporte à vida aumentam a suscetibilidade à infeção e complicações iatrogénicas. Por outro lado, o erro humano surge também na literatura como um indicador de vulnerabilidade física acrescida (Canale, 2005), associado à manipulação e administração de fármacos, com efeito na recuperação da PSC.

A experiência de estar vulnerável conduz a stresse e ansiedade (Rogers [1997] referencia MacMullen *et al.* [1992]). A pessoa suscetível, física ou emocionalmente, sente, inevitavelmente, uma influência da componente física ao nível da sua vulnerabilidade psicológica, pelos efeitos que o evento de doença grave exercem nos seus padrões de perda de autonomia e identidade. Isto relaciona-se com a incapacidade em manter o controlo da sua situação de vida ou de se proteger contra riscos ou ameaças à sua integridade e dignidade, como ser humano total, intacto e não diminuído (física e emocionalmente) (Irurita, 1999).

Irurita (1999) sugere também que se os enfermeiros pretendem prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade não podem fazê-lo apenas na perspetiva de enfermeiro, devem compreender de forma dedicada a perceção de qualidade por parte da pessoa cuidada e, assim, ajustar os cuidados prestados de encontro aos padrões expectados. Num estudo realizado, a autora identificou que o sentimento de vulnerabilidade variava de acordo com as condições que influenciavam a capacidade dos doentes em controlar as situações e os fatores de ameaça à sua integridade. Identificou ainda os principais fatores que promoviam o aumento da vulnerabilidade na pessoa hospitalizada: a doença/lesão e as intervenções terapêuticas relacionadas; a dependência de outros, a idade, o abuso de poder por parte do cuidador, a falta de informação e preparação ou desconhecimento da sua situação e a perda de identidade.

Respeitar a vulnerabilidade de alguém implica considerar a sua integridade

como algo firme e indestrutível, tendo em conta a privacidade e a forma como cada um se percebe na vida. Esta questão emerge independentemente da gravidade da doença experienciada e aplica-se em qualquer circunstância, prevalecendo o zelo pela dignidade e pela autonomia, respeito pelos ideais e decisões individuais, sem juízos de valor.

Neste sentido, e analisando cada um dos fatores descritos no estudo de Irurita (1999), é perceptível que são passíveis de ser contornados através de intervenções específicas do enfermeiro especializado, numa atitude reflexiva e preocupada em atenuar os aspetos negativos que provêm de um evento de doença crítica e consequente hospitalização.

A compreensão e reconhecimento da vulnerabilidade da PSC não motivou até à data um extenso número de estudos de investigação a nível mundial. A RIL elaborada em contexto académico, e que deu forte suporte teórico à temática em estudo, visou compreender a experiência dos doentes admitidos ou cuidados em contexto de situação crítica aguda e identificar os aspetos que contribuíam para a diminuição da sua vulnerabilidade no momento (protocolo da RIL em Apêndice I). A evidência disponível, sobretudo norte-americana e da Europa do Norte, identificou que não existe consenso sobre o verdadeiro significado de vulnerabilidade em particular (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Scanlon & Lee, 2007). A *competência técnica* dos enfermeiros surgiu como o aspeto mais valorizado pelos doentes (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Gordon, Sheppard, & Anaf, 2010; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman & Wikblad, 2004; Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007). O *cuidado holístico e individualizado*, com referência ao conforto por palavras e ações, e à forma como é transmitida a informação mostraram semelhante valorização aquando dos momentos de vulnerabilidade. Constatou-se, ainda, que a *comunicação*, a *atenção* e o *toque* traziam benefícios na redução da ansiedade. Como aspeto negativo, a falta de tempo dos enfermeiros e a elevada carga de trabalho surgiram como uma limitação no processo de cuidar no sentido da diminuição da vulnerabilidade, manifestado por comportamentos impessoais, de curta duração e distanciamento. Nas áreas de cuidados à PSC, nomeadamente nos serviços de urgência, houve referência a um novo comportamento de *uncaring*, descrito como um comportamento técnico, associado a uma falta de envolvimento emocional mas sem insensibilidade.

Um estudo descritivo de McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson (2002) em UCI identificou que o sentido de vulnerabilidade aumenta quando as

necessidades da pessoa não são satisfeitas ou valorizadas. É frequente, num ambiente tão tecnológico e impessoal, a despersonalização da pessoa, face à doença, às lesões e à emergência da situação de cuidados.

Cuidar de uma PSC vulnerável é complexo e envolve dedicação e o compromisso profissional com um referencial teórico onde a prática não se resume apenas aos comportamentos observáveis. Torna-se assim indispensável que o enfermeiro seja detentor de um olhar atento à PSC, conhecendo-a momento a momento e estabelecendo uma relação de cuidar com presença efetiva e transmissão de segurança, tornando a experiência menos hostil e emocionalmente menos traumática.

1.3 Cuidar a PSC vulnerável num ambiente de cuidado tecnológico: intervenção do enfermeiro especializado

Cuidar, transversal a toda a história da enfermagem e ao seu processo de profissionalização, exige que estes profissionais de saúde sejam orientados por valores e princípios. Independentemente do contexto cultural e das vivências ao longo da vida, o enfermeiro deve construir um corpo de valores e princípios que visem a capacidade de “tomar conta” da vida humana (Deodato, 2014).

Uma vez descrito o conceito de vulnerabilidade e o modo como se manifesta na PSC, importa agora identificar estratégias que fundamentem um cuidado efetivo no sentido da diminuição desta condição que afeta negativamente o doente e os seus *outcomes* no processo de saúde e recuperação da doença.

Atualmente é esperado que os cuidados em saúde sejam baseados em evidência (McKinley *et al.*, 2002). No entanto, a experiência empírica mostra-nos, cada vez mais, que compreender a vivência do outro também contribui para a evidência; a sua perspetiva pode constituir um recurso inestimável quando se trata de conhecer as opções e os obstáculos associados à implementação de uma intervenção. Neste sentido, devem ser recurso métodos de pesquisa humanística em saúde, de forma a explorar processos e estratégias desenvolvidas pela pessoa que a levem a gerir as mudanças na sua condição de vida no processo de doença.

Blom, Gustavsson, & Sundler (2013) assumem que o internamento numa unidade de saúde como doente crítico, por si só, aumenta os níveis de stresse, insegurança e ansiedade, tanto para o doente como para as pessoas significativas. Nestas condições ambos vivenciam transições saúde-doença e desajuste da rotina

habitual, com necessidade contínua de um sentimento de segurança e apoio por parte dos profissionais de saúde, na busca da homeostasia.

No entanto, é frequente que as competências técnicas se sobreponham às competências relacionais e à necessidade emergente em estabilizar a PSC, conduzindo os profissionais a não atribuir a devida importância à componente psicológica, emocional e ao significado do próprio cuidar, refugiando-se na justificação de que o baixo nível de consciência do doente fundamenta o distanciamento da relação.

De forma a direccionar as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da vulnerabilidade num contexto de cuidados tão complexo como uma SE ou UCI é fundamental compreender a experiência da PSC, identificar as suas fragilidades e as áreas que mais carecem de um olhar atento e especializado.

As UCI são percebidas pelo doente crítico como impessoais e ruidosas. A realidade é que foram projetadas para tratar pessoas em risco de vida, com necessidade iminente de substituição de função de órgão *major*, munidas dos mais sofisticados equipamentos e cada vez com mais atenção ao controlo de infeção (distanciando os doentes fisicamente). A constante movimentação de profissionais, o ruído de alarmes, doentes e equipamentos, as luzes constantes e a limitação na perceção temporal (sem noção das horas ou se é noite ou dia) aumentam a ansiedade e o stresse, alteram o ciclo circadiano, conduzem à desorientação e delírio e à exaustão, aspetos descritos como um obstáculo à recuperação (Baumgarten & Poulsen, 2015). A pessoa sente-se indefesa, e consequentemente, vulnerável (Baumgarten & Poulsen, 2015; McKinley *et al.*, 2002). Existem relatos de experiências de desespero ao verem alteradas as suas funções fisiológicas e da própria imagem, imobilizados por cateteres, sondas e imobilizadores, o que descrevem como uma sensação angustiante. A realidade é algo confusa e aparentemente ilusória, sem noção do espaço, do tempo e da gravidade da situação (Baumgarten & Poulsen, 2015).

Por outro lado, numa fase seguinte, mais ajustados à realidade, fazem referência ao facto de se sentirem altamente dependentes de outros para as suas necessidades humanas básicas, como a higiene, escovar os doentes, levar algo à boca ou até o simples gesto de coçar o nariz. Neste momento, com a perceção da gravidade da situação tendem a desenvolver um humor depressivo ou sentir vergonha de si próprios (Baumgarten & Poulsen, 2015; McKinley *et al.*, 2002).

As conversas paralelas dos profissionais junto à PSC, a falta de informação

sobre a sua situação clínica e o desresponsabilizar de informações de um para outro profissional pode originar sentimentos de despersonalização ou desumanização (McKinley *et al.*, 2002). Há tendência para esquecer que nem todos os doentes estão completamente sedados e que o seu sensorio capta estes momentos, para os profissionais, informais. É importante ter este aspeto em consideração quando cuidamos de uma PSC num ambiente tão tecnológico como uma UCI e envolvê-la no seu processo de cuidados, como um agente ativo e de mudança na condição de doença; esclarecê-la e informá-la das intervenções em curso, o que vai fazê-la sentir-se acompanhada e respeitada, contrariando sentimentos de vulnerabilidade.

O medo e a solidão são também referidos pela PSC. Medo de morrer, de morrer só ou que os equipamentos não cumpram a sua função (Baumgarten & Poulsen, 2015). O sentimento de segurança associado à presença efetiva e comunicação do enfermeiro contribui para a diminuição da sua condição de vulnerabilidade.

Um outro aspeto muito presente na bibliografia consultada faz referência à presença da família/pessoa significativa e o seu envolvimento no processo de cuidados. A família tem um papel importante no suporte, conforto e promoção do bem-estar psicológico da PSC, através da sua presença, interação significativa com o mesmo e colaboração com a equipa de cuidados (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Os doentes assumem que ter um elemento familiar por perto humaniza os cuidados e dignifica-os. Os familiares tendem a compreender mais facilmente as suas necessidades, pois os processos de comunicação são facilitados (Baumgarten & Poulsen, 2015).

Cuidar de famílias em stresse desafia as competências interativas dos enfermeiros (Redley, 1996). No entanto, nas rotinas de serviços como as UCI e urgência há tendência para não envolver a família nos cuidados diretos. Atender à condição crítica de quem necessita de cuidados intensivos pode ter prioridade sobre a resposta à turbulência psicológica vivida pelos familiares. Contudo, quando se aborda a vulnerabilidade, é indissociável reconhecer que também a família do doente crítico está exposta e vulnerável. Importa compreender esta vulnerabilidade e em que medida pode ser atenuada por parte do enfermeiro.

Há que considerar que a família pode não estar preparada para enfrentar um impressionante e doloroso processo de doença grave e súbita do seu ente querido. A presença de dispositivos médicos ou a debilitação da condição física podem impressionar e, muitas vezes os profissionais, pela rotina, não estão atentos a tal. Deve ser promovido um adequado acolhimento aos familiares antes da visualização

do doente, preparação para o que pode ocorrer e tranquilizar, reforçando a confiança nos prestadores de cuidados, nos equipamentos presentes e no trabalho em equipa realizado diariamente. A abordagem deve assentar numa linguagem simples, direta e de acordo com as limitações na comunicação de informações clínicas, não excedendo as competências legais. A intervenção do enfermeiro deve ser holística, abandonando rotinas, permitindo a flexibilidade sempre que possível e acolhendo a família num processo contínuo (Redley, 1996), promovendo a continuidade de cuidados.

Descritas as principais vivências relatadas pela PSC e a sua análise de acordo com peritos, torna-se evidente que o enfermeiro reconheça e tenha consciência da condição de vulnerabilidade no doente crítico; esteja desperto para as suas necessidades, fomentando a personalização dos cuidados, promoção da segurança e da relação humana; crucial para a experiência nestes contextos. Promover a expressão de sentimentos e dúvidas, desenvolver intervenções dirigidas e de acordo com a individualidade permite que o doente se sinta humanizado e único na relação terapêutica, com impacto na forma como vai encarar todo o processo de recuperação e diminuindo a probabilidade de sequelas psicológicas futuras relacionadas com internamentos complexos.

Cada vez mais, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, envolve o recurso a tecnologia, de forma a garantir uma prática eficiente e segura. O avanço tecnológico nos cuidados de saúde tem assumido um papel decisivo na melhoria dos *outcomes* sendo atualmente indispensável pois assegura uma prestação de cuidados com um carácter cada vez mais qualitativo.

Em parte, é esta tecnologia e este ambiente altamente dominado por equipamentos de suporte e alarmes que substituem a atenção dos profissionais para parâmetros fisiológicos importantes, e que não seriam eficazmente acompanhados sem recurso aos mesmos, que afastam o cuidador da pessoa cuidada.

Altamente dinâmico e permeável às influências externas do percurso que fui desenhando e construindo, o tema da vulnerabilidade na PSC exige um referencial teórico que dê suporte ao verdadeiro significado do cuidar, nos contextos tecnológicos definidos. A experiência empírica e a leitura de evidência publicada conduziram-me assim cada vez mais para o cuidar efetivo e o conhecer a pessoa como um todo, para além do ambiente tecnologicamente sofisticado e os parâmetros numéricos fornecidos por monitores e sensores.

Mas, o impacto desta tecnologia só pode ser alcançável pela procura constante

em conhecer a pessoa na sua totalidade, como um ser humano dinâmico e imprevisível, completo no momento (Boykin & Schoenhofer, 2013). Ancorado nos pressupostos da teoria *Nursing as Caring* (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013), Rozzano Locsin criou a teoria de médio alcance *Technological Competency as Caring in Nursing*, onde assumiu que a competência tecnológica expressa uma manifestação de cuidado perante o conhecimento integral do outro enquanto pessoa (Locsin, 2001).

Este é um modelo crucial para a enfermagem contemporânea, associado ao cuidar expressado através da competência tecnológica. A percepção de que a sofisticada tecnologia e o cuidar em enfermagem não coexistem, e que o enfermeiro tecnicamente competente não é dotado da capacidade de cuidar a pessoa como um todo, levou o autor a apresentar um modelo em que a verdadeira competência tecnológica em enfermagem pode ser compreendida como uma própria expressão do cuidar. Assumiu que a pessoa é cuidada em virtude da sua humanidade (Boykin & Schoenhofer, 2013) e que o recurso à tecnologia não pretende apenas conhecer e monitorizar a parte lesada da pessoa mas também conhecê-la enquanto ser humano único, com as particularidades que o caracterizam e que estão em constante mudança ao longo do processo de doença (Locsin, 2005). Encara a tecnologia como um aspeto que aproxima o doente do enfermeiro, através dos benefícios que dela pode extrair para conhecê-lo continuamente no momento, dando vida ao processo de enfermagem, como disciplina e prática profissional.

A vulnerabilidade acrescida, fortemente permeável às influências externas, permite uma participação tão ampla que o enfermeiro e a pessoa cuidada continuam a conhecer-se mutuamente no momento, numa relação de suporte, afirmação e celebração. Os enfermeiros trabalham para melhorar esta vulnerabilidade, atenuando-a (Locsin [2005] referencia Daniel [1998]).

Para o autor, a operacionalidade do processo de enfermagem, com vista a conhecer o outro, vai de encontro aos padrões de conhecimento em enfermagem de Carper (1978) e assenta em quatro etapas: *knowing* (conhecimento de pessoa cuidada através de uma participação tecnológica), *designing* (processo de cuidados mútuo e coordenado pelos dois participantes, numa enfermagem sensível às necessidades e desejos do doente), *participation in association* (caracterizada por uma prática partilhada de atividades, com adaptação num contínuo) e *verifying knowledge* (processo contínuo e circular que demonstra a natureza dinâmica e em constante mudança do conhecimento em enfermagem).

Em suma, para Locsin (2017) conhecer a pessoa numa prática de enfermagem tecnicamente exigente revela uma demonstração de conhecimento intencional, deliberado e autêntico, que articula harmoniosamente a vertente teórico-prática especializada com a vertente humana.

A OE (2011) definiu como competência do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Este cuidado especializado, atento e crítico, fundamentado numa prática baseada na evidência, ocorre num ambiente de trabalho agitado e stressante, quer para os doentes, quer para os profissionais, que dão o seu melhor em prol da vida do outro. Baixos ou inexistentes níveis de consciência e sensorio da PSC, a falta de tempo referida pelos enfermeiros e a incapacidade para se relacionarem pode estar na base de um paradigma mais biomédico na relação com o outro, manifestado por comportamentos menos adequados e de fuga à mobilização de sentimentos.

Questiono-me se esta é a enfermagem que queremos nutrir daqui em diante. Queremos um enfermeiro apenas competente tecnicamente? É um comportamento muito valorizado, mas especificamente nestes contextos, onde a vulnerabilidade emerge exponencialmente, um gesto de atenção, uma palavra de tranquilidade, o facto de nos apresentarmos pode diminuir significativamente a condição. Quer isto dizer que todas as “*pequenas coisas*”, quando associadas aos diferentes elementos que constituem o contexto, são testemunho da grande intencionalidade que os enfermeiros depositam no cuidar e, assim, do profissionalismo que a situação exige (Hesbeen, 2001, p.34). Intervir de forma especializada e crítica na vulnerabilidade vai permitir promover a colaboração do doente, sensibilizar para a importância do tema, aumentar níveis de satisfação e dar visibilidade à profissão.

Locsin deve, desta forma, ser uma das referências para os profissionais de enfermagem que dedicam os seus dias e os seus cuidados ao doente crítico admitido nas áreas de cuidados de PH, urgência e UCI, onde a tecnologia e o cuidar em enfermagem podem ser harmoniosos aspetos da prática clínica, complementando-se (Locsin, 1995).

Com base neste referencial teórico realizei três estágios, constituídos por experiências de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas com grande impacto na minha construção pessoal e profissional, que apresento no capítulo seguinte.

2. ENQUADRAMENTO CLÍNICO

Benner (2005) atribui à experiência do *vivido* uma importância vital no desenvolvimento de competências. Assume que é através da experiência adquirida na prática que a perícia se desenvolve, onde o conhecimento teórico é importante, mas insuficiente, para a tomada de decisões complexas como as exigidas na *praxis* de enfermagem.

A formação em enfermagem baseada em competências assume-se cada vez mais como o novo paradigma da aprendizagem, na centralidade da nova lógica das organizações, como “a pedra basilar à obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão” (Rabiais, 2016, p.38).

Orientada pelo pensamento de Benner, considero que os estágios assumem um papel fundamental no processo de formação do enfermeiro, com experiências que permitem, não só ampliar o conhecimento teórico, mas sobretudo o conhecimento prático, sustentado na melhor evidência.

Neste sentido, a operacionalização do projeto de estágio, desenhado ao longo do segundo semestre do presente mestrado, foi constituída por momentos de grande enriquecimento pessoal e profissional durante o estágio realizado no terceiro semestre, que ganham agora projeção no presente relatório.

Objetivei questionar a minha prática e aperfeiçoar o saber-ser e saber-fazer, pois é no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, onde se integram os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência, que poderemos alcançar a especialização (Benner, 2001).

Neste capítulo são apresentadas as atividades desenvolvidas, na base das aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios, os fatores que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, bem como as dificuldades identificadas e estratégias para as colmatar, dando resposta aos objetivos propostos.

A escolha dos locais incidiu no interesse em compreender a vulnerabilidade da PSC nos três principais contextos onde é admitida ou cuidada face a uma doença ou evento crítico agudo. Objetivei compreender de que forma a pessoa vivencia a vulnerabilidade em cada ambiente e que intervenções considera fulcrais para

atenuar esta condição. Assim, fez-me todo o sentido aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos em três distintos contextos de cuidados: num SU geral polivalente, no PH e numa UCI; áreas onde a vulnerabilidade é mais extrema (Hansagi *et al.*, 1990, 1991). Esta esfera de realidades permitiu-me trabalhar o conceito, explorar barreiras e propor ou implementar intervenções de enfermagem do cuidar no qual me fundamentei.

Importa lembrar o objetivo geral proposto para o enquadramento prático do mestrado – desenvolver competências especializadas no cuidar à PSC a vivenciar uma vulnerabilidade acrescida, em contexto de emergência e reanimação. A abrangência do objetivo geral levou-me a definir objetivos específicos, que permitissem explorar e compreender a vulnerabilidade acrescida na PSC na sua plenitude, adaptada aos diferentes contextos, nomeadamente:

- a) Conhecer a dinâmica organizacional dos serviços e integrar as equipas multidisciplinares;
- b) Demonstrar conhecimentos teóricos, científicos e técnicos, baseados em evidência, na prestação de cuidados especializados à PSC;
- c) Identificar as principais necessidades de cuidado da PSC e as intervenções de enfermagem especializadas dirigidas à diminuição da sua vulnerabilidade em SU, no PH e em UCI;
- d) Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/pessoa significativa, suportados pela teoria de médio alcance *Technological Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin;
- e) Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família/pessoa significativa no âmbito da diminuição da vulnerabilidade em SU, no PH e em UCI;
- f) Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à vulnerabilidade da PSC em SU, PH e UCI e as suas consequências no processo de recuperação, colaboração e satisfação;
- g) Reconhecer o trabalho de equipa e a comunicação interpessoal como elementos-chave na abordagem à PSC em SU, PH e UCI.

Na prática, os objetivos específicos mostraram-se transversais aos três campos de estágio, mas com particularidades no conceito de vulnerabilidade (o que motivou diferentes intervenções de local para local). Assim, considerei pertinente apresentar o presente capítulo por campos de estágio, individualizando a exposição retrospectiva das atividades desenvolvidas, competências adquiridas e principais dificuldades

encontradas, bem como as estratégias para as ultrapassar.

2.1. Serviço de urgência geral polivalente

O primeiro estágio do meu percurso de operacionalização do projeto de mestrado decorreu num SU geral polivalente, da área da grande Lisboa e teve a duração de nove semanas, num total de 210 horas. Foi opção atribuir um maior número de horas a este contexto dada a minha reduzida experiência na área (apenas dois anos e meio após conclusão da licenciatura) e o facto da urgência e emergência desde cedo se constituírem um ambiente de interesse crescente. Complementar o tipo de cuidados que presto em UCI com uma nova área, que exige uma observação e intervenção diferente, mais rápida e focada no tratamento de sintomas e despiste de complicações iminentes, revelou-se um desafio muito interessante. Compreender a vulnerabilidade da pessoa, num contexto onde tudo é mais súbito e esta se encontra menos preparada para lidar com a ansiedade e o medo, constituiu um estímulo para desenvolver competências especializadas.

Collière (1999) sugere que conhecer o espaço físico e relacional com as pessoas e objetos, permite-nos ter consciência da sua simbologia, dos seus significados e dos rituais de vida de cada um. Assume que conhecer o espaço em que a ação ocorre é uma necessidade imprescindível, quer para os enfermeiros quer para a pessoa alvo de cuidados, facilitando a adaptação.

Neste sentido, a integração na equipa multidisciplinar do serviço foi muito satisfatória e a facilidade na comunicação e interesse em ver e aprender aproximou-me das equipas, numa base de confiança gradual e espírito de equipa, desenvolvido ao longo do estágio. Conhecer o espaço físico e o funcionamento do serviço, quanto a rotinas, dinâmicas e circuitos de doentes levou-me a passar pelo menos um turno em cada valência, consultar protocolos de atuação, ter contacto com o sistema informático e ser elemento ativo em admissões, altas e transferências intra e inter-hospitalares, focando, no entanto, o tema em estudo aos cuidados prestados na sala de emergência (SE).

Senti-me um elemento extra, aquele que ia aprender, desenvolver competências especializadas, sensibilizar para o tema da vulnerabilidade da PSC, mas também colaborar na prestação de cuidados, absorvendo cada experiência como um aspeto construtivo na minha aprendizagem. Rapidamente senti confiança da minha orientadora no meu trabalho, o que conduziu a uma crescente autonomia e

responsabilidade profissional e ética.

Inicialmente procurei identificar, quer as dinâmicas de equipa, quer as reações e o não-verbal dos doentes admitidos na SE. Esta observação permitiu-me ter uma noção da realidade vivida, compreender a organização das intervenções e identificar fontes de stresse e ansiedade para a pessoa cuidada. Foi importante este primeiro contacto “por fora” da assistência à PSC em SU, também para identificar a localização dos materiais e equipamentos.

Os conhecimentos são a base da intervenção do enfermeiro enquanto profissional competente e responsável e o estágio de urgência permitiu uma boa articulação entre a teoria e a evidência disponível com a prática clínica. A RIL foi uma das grandes mais-valias no meu processo de aquisição de conhecimentos, pois suportou todo o processo de compreensão e reconhecimento da vulnerabilidade da PSC em emergência e identificação de estratégias para a diminuir. Posteriormente, articular os conhecimentos adquiridos e a subjetividade do conceito com a prática clínica foi um ponto fulcral do meu percurso de estágio. Diversificar experiências com a minha orientadora e restantes profissionais de saúde possibilitou ter contacto com situações de cuidados interessantes do ponto de vista técnico, relacional e identificar diferentes graus e tipos de vulnerabilidade acrescida, independentemente da valência de cuidados.

Compreendi a subjetividade da vulnerabilidade acrescida na PSC nas suas diferentes apresentações. Vivi de perto a morte e o sofrimento da perda, cuidei doentes que se sentiam vulneráveis pela dor, pelo medo do desconhecido, porque não podiam estar doentes (como se privados desse direito dada a necessidade de trabalhar para sustentar a família), pelo ambiente confuso e ruidoso ou por terem deixado situações familiares ou pessoais pendentes aquando do evento crítico. Por outro lado, prestei cuidados a doentes admitidos em emergência que viram em todo o ambiente um momento positivo na sua vida pela solidão que vivem diariamente *“Estou bem Sra. Enfermeira. Como não me sentir bem no meio de tantas pessoas e com tanta atenção à minha pessoa?”*. Ainda outros doentes menos favorecidos, ou com fracas condições económicas, encontraram na SE uma diminuição da sua vulnerabilidade emocional pela atenção e alguns cuidados básicos de higiene e conforto. Cada uma destas experiências possibilitou a compreensão e interpretação da vulnerabilidade, tendo em conta a individualidade da pessoa e as suas necessidades no momento, direcionando intervenções especializadas.

O facto de conhecermos uma nova realidade de cuidados, com outras formas de

trabalho e com um vasto leque de profissionais, permite abrir horizontes, questionar a nossa prática e a prática dos que observamos. Encontrar diferenças interessantes, tirar as nossas próprias conclusões e seguir o caminho que consideramos mais adequado e fundamentado pela evidência disponível. Esta observação aprimora e trabalha a reflexão crítica e leva-nos a intervir de forma diferenciada, adquirindo novas competências e desenvolvendo outras.

Sem dúvida que a particularidade de ser um serviço de urgência central, polivalente e com centro de trauma tornou a experiência muito mais interessante e, o facto de possuir já experiência profissional de nove anos em cuidados à PSC em UCI foi uma mais-valia para a prestação de cuidados em urgência. Cerca de 90% dos turnos foram passados em SE e trauma, onde a vulnerabilidade da PSC é mais acentuada, por diversos fatores. O trabalho é mais desorganizado, ruidoso, sob stress e envolve uma grande capacidade de gestão de prioridades e emoções.

Foi um verdadeiro desafio conciliar a aprendizagem da vertente técnica e relacional junto destes doentes. A observação de peritos na área, aliada à reflexão nas suas ações, permitiu-me articular com clareza o raciocínio, as dúvidas e as opções no que respeita ao planeamento das intervenções. Desenvolvi competências ao nível da observação rápida do doente com uma história mínima (ao contrário da área de UCI, onde o doente chega com toda uma história já explorada), gestão de prioridades na receção e estabilização da PSC, despiste de complicações imediatas, diversidade de patologias médicas e cirúrgicas, algoritmo de ABCDE, manobras de imobilização em trauma, tratamento de traumas fechados e abertos emergentes (com compromisso neurovascular) e utilização do LUCAS¹. Foi ainda possível ter contacto com a dinâmica de cuidados a doentes inseridos no protocolo de via verde, nomeadamente, via verde coronária e acidente vascular cerebral (AVC). Por outro lado, igualmente importante, aprender a observar e intervir nas diferentes formas de apresentação de vulnerabilidade, indo ao encontro das necessidades encontradas, suportada pela melhor evidência científica.

Em contexto de urgência, a instabilidade clínica do doente, a necessidade de intervir e reanimar, leva a que a família seja muitas vezes colocada em segundo plano. Atender à condição crítica do doente que necessita de cuidados intensivos acaba por ser prioritário face à resposta à turbulência psicológica vivida pelos

¹ O equipamento LUCAS é um compressor e descompressor mecânico externo que permite assegurar compressões cardíacas contínuas de qualidade e de forma autónoma, sem compromisso ou impedimento de procedimentos invasivos emergentes, como a intervenção coronária percutânea (Biondi-Zoccai *et al.*, 2011).

familiares. No entanto, intervir no sofrimento emocional da família não deixa de ser parte integrante de uma abordagem de cuidados críticos (Bailey, Sabbagh, Loisele, Boileau, & Mcvey, 2010). É pertinente desenvolver aptidões que permitam assistir a PSC e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação que vivenciam no momento, gerindo ansiedade, medo e reduzindo a vulnerabilidade. A família vivencia um processo de stresse e instabilidade emocional extremo e incertezas, onde lhe é exigida a mobilização de competências e recursos até à data desconhecidos (Sá, Botelho, & Henriques, 2015).

Trabalhar a vulnerabilidade destes elementos foi um processo de aprendizagem muito interessante, ao qual tive de me adaptar e criar estratégias de comunicação. Na minha prática diária, os doentes habitualmente apresentam um declínio das funções vitais e normalmente a morte é um processo anunciado, que permite antecipar e trabalhar o luto da família de forma calma e planeada. No serviço de urgência é frequente o familiar chegar ao hospital após ser notificado de um evento inesperado e ser confrontado com informações negativas, ou mesmo com a notícia de morte. A notícia é transmitida em equipa e o processo envolve várias fases, como foi abordado em aula e pude constatar na prática. O choque, a negação, a revolta e posteriormente a aceitação são fases distintas onde a atuação do enfermeiro deve adaptar-se, quer à pessoa, quer ao momento. Identifiquei ainda famílias/pessoas significativas a vivenciar sentimentos de revolta com o nosso trabalho, como se não tivéssemos conseguido salvar o seu familiar e, assim, pouco recetivas ao acompanhamento emocional. Em ambas as situações, tive o cuidado de dar espaço, respeitar a dor e mostrar-me disponível, através da minha presença, palavras e comunicação não-verbal.

Foram muitas as situações em que isto aconteceu e, sensível ao sofrimento do outro, vivi cada momento de forma intensa, reconhecendo a vulnerabilidade sem deixar que fosse um pormenor no meio da tecnicidade e do ruído da SE, mas sim como um fator importante, compreendido na globalidade da pessoa e reflexo de uma barreira ao bem-estar da PSC, da sua saúde mental, emocional e fisiológica.

É observável que os doentes e as famílias ficam mais calmos quando sentem um evidente compromisso ou interesse por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados. Ser flexível ao privá-lo dos pertences que o aproximam da realidade (nomeadamente próteses oculares, auditivas e objetos pessoais), perguntar por que nome gosta de ser tratado, promover a sua privacidade e intimidade, solicitar o contacto de um elemento de referência, permitir a presença física do familiar e inclui-

lo nos cuidados são atitudes apreciadas na relação empática e eficazes na diminuição da vulnerabilidade (Mckinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002).

Ao cuidar de familiares de um doente crítico, os enfermeiros dos SU têm a oportunidade de fazer verdadeiramente a diferença e obter *outcomes* positivos de experiências profundamente angustiantes e dolorosas, sendo desafiados a mudar o foco de atenção para defender a inclusão das famílias nos cuidados de urgência (Redley, 1996). Saber que algo positivo teve origem numa experiência difícil e dolorosa conduz a sentimentos de satisfação pessoal (Redley, 1996). Assim, cuidar a família é mais do que alargar a esfera de intervenção da enfermagem, é o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados (OE, 2002).

Foi na área do apoio à família que se centraram os maiores desafios; vivenciar situações muito complexas do ponto de vista emocional (doença súbita, morte inesperada e sobretudo em jovens). Na minha realidade de trabalho, a problemática não é assim tão súbita; não trabalho com trauma (principal causa de morte no jovem adulto) e as necessidades da PSC e dos familiares são diferentes. A doença é muitas vezes um dado conhecido, a pessoa e a família normalmente já tiveram algum tempo para criar estratégias de *copping* e quando a morte é inevitável já está criada uma relação com os familiares, que nos permite gerir o sofrimento de forma mais antecipada. De forma a ultrapassar isto, coloquei em prática estratégias de relação terapêutica, de ajuda (Chalifour, 2008) e comunicacionais, direcionadas para a transmissão de más notícias, recorrendo a peritos na área.

Os registos de enfermagem testemunham a prática do cuidar, deixando traços de uma prática profissional humana (Hesbeen, 2001); preconizam uma observação apurada e um conhecimento profundo e holístico do doente ou pessoa significativa. Neste sentido, é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, contribuindo não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para melhorar a visibilidade da profissão perante a comunidade em geral.

O registo das intervenções, técnicas e relacionais, desde cedo acompanhou a minha prática. Na realidade, se a componente psicossocial e emocional da PSC é avaliada, se promovo estratégias dirigidas à diminuição da vulnerabilidade ou se converso com a família, se a conheço e presto apoio emocional, faz-me sentido que isto seja descrito em registos e referido em passagem de turno, promovendo a continuidade de cuidados. Manifestei preocupação com este aspeto e questioneei se era habitual este registo no SU, percebendo que a avaliação e notificação dependia

de cada enfermeiro e da forma como valorizava esta componente. De acordo com a minha prática pessoal, tive o cuidado de o fazer sempre que elaborei notas de admissão, de continuidade de cuidados ou de alta, com referência aos resultados das minhas avaliações e intervenções junto da pessoa e/ou família nas passagens de informação, promovendo assim a valorização do meu trabalho e a sensibilização para a importância do tema nos resultados do cuidado ao doente.

As realidades vivenciadas permitiram perceber que nem sempre os recursos físicos, humanos e materiais são os ideais para cuidar da PSC num SU. São serviços concebidos para admitir, estabilizar e transferir para uma unidade de cuidados diferenciados, mas também ter a noção de que fazer muito com pouco pode ser possível. Independentemente da falta de tempo dos profissionais, da desmotivação e do excesso de carga de trabalho, é sempre possível esboçar um sorriso, dar uma mão, acalmar perante uma situação stressante e ser flexível de forma a dar resposta às necessidades da PSC e família. O doente é elemento neutro nos nossos problemas pessoais e não pode sofrer as consequências deste desânimo. Este procura ajuda nos cuidados de saúde e o enfermeiro, responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever ético e deontológico de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, contribuindo para um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e não potenciar um aumento da vulnerabilidade.

Compreender a vulnerabilidade do outro, conhecê-lo intencionalmente num processo contínuo (Locsin, 2005) e dirigir intervenções é um processo que engloba envolvimento com a pessoa, numa arte de cuidar reforçada, dada a gravidade das circunstâncias. Em emergência, é imperativo reconhecer a importância das palavras, do sorriso, do toque, da preocupação em satisfazer as necessidades psicossociais da pessoa, nunca em detrimento das intervenções técnicas emergentes, mas em perfeita harmonia, sobretudo em equipa.

Um estudo de O'Brien & Fothergill-Bourbonnais (2004) destacou a estrutura organizacional, o trabalho de equipa e a identificação do elemento líder na SE como fatores atenuantes da vulnerabilidade da PSC, promovendo o sentimento de segurança e bem-estar.

Os cuidados em equipa são fundamentais para o sucesso das intervenções em contextos de saúde, críticos e não críticos. Os profissionais devem complementar-se, articular-se e depender uns dos outros, fomentando redes de comunicação e

respeito com compreensão dos papéis individuais e coletivos. Trabalhar em equipa é mais eficaz do que fazê-lo de forma individual e o impacto em saúde é maior do que a soma das contribuições de cada membro da equipa (Coster *et al.*, 2008). O sucesso deste trabalho requer estratégias comunicacionais para atingir metas comuns no cuidado ao doente (Siegele, 2009). Assim, é impossível dissociar a comunicação do trabalho em equipa, pois constitui-se uma mais-valia em todos os sentidos; unindo os elementos, motivando-os, formando-os, incutindo-lhes noções de hierarquia e pensamento nutrido pela experiência dos pares.

Em serviços complexos, com grande afluência de doentes, com ruído e stresse, como os SU, o trabalho em equipa e a comunicação eficaz são elementos fundamentais para a organização do trabalho e uniformização de procedimentos, onde cada elemento assume estrategicamente a sua posição e responsabilidades, articulando-se com o par. Quando o trabalho conjunto é forte e treinado, a interação flui praticamente através de uma comunicação não-verbal.

Este trabalho organizado foi claramente observável no contexto de estágio; as equipas são muito coesas, o que facilita a definição e gestão das intervenções. Perante a receção de doentes politraumatizados e/ou em paragem cardiorrespiratória, a dinâmica de trabalho está estabelecida, o que contribui para o sucesso dos cuidados, com posições bem definidas e informação em voz alta das intervenções instituídas.

A partilha de conhecimento é um caminho que permite, enquanto equipa multidisciplinar, desenvolver competências e melhorar práticas (Papp, Markkanen, & von Bonsdorff, 2003).

Foi compensador sentir-me um elemento de ajuda e de partilha de conhecimentos em intervenções específicas com as quais os colegas não estavam familiarizados no SU, nomeadamente, gestão de fármacos em cateteres venosos centrais, monitorização e interpretação de curva arterial, cuidados fundamentais ao doente sedado e ventilado (manutenção da via aérea artificial, prevenção da pneumonia associada à ventilação, posicionamentos), gestão de parâmetros de ventilação não invasiva (VNI) e preparação de nutrição parentérica. Numa perspetiva formativa, tive a oportunidade de levar esta partilha mais longe e disponibilizei-me para partilhar conhecimentos, no âmbito dos meus cuidados, com a equipa de enfermagem do serviço. Entre temas sugeridos, optou-se pela terapia de alto fluxo (apresentação em Apêndice II), dada a comprovada eficácia terapêutica no doente hipoxémico em insuficiência respiratória parcial, principalmente no que respeita ao

conforto e satisfação. É um equipamento simples, manipulado pelo enfermeiro e com uma curva de aprendizagem rápida, perfeitamente adaptável ao contexto de urgência, antes de avançar para VNI. Este tipo de ventilação já havia sido testado na UCI do hospital, com sucesso, e o SU preparava-se para receber ventiladores com esta funcionalidade; restava adquirir os consumíveis e formar as equipas. Neste sentido, fiquei responsável pela formação de três equipas e posteriormente a minha orientadora daria continuidade ao processo. A formação decorreu na sala de enfermagem, com recurso a uma apresentação em computador e os consumíveis a utilizar. Foi muito bom ser elemento ativo neste evento formativo, onde os colegas aderiram muito bem à inovação e à minha partilha de experiências diárias.

Integrar o conceito de vulnerabilidade da PSC num SU compreendeu conhecer a importância que os enfermeiros lhe atribuíam na prática diária. A literatura referencia uma vulnerabilidade mútua (Malone, 2000), defesa, falta de envolvimento (Wiman & Wikblad, 2004) e o facto de os enfermeiros considerarem os familiares como uma barreira aos cuidados nos SU (Redley, 1996). Na prática pude observar cada um destes fatores, que conduzem a um comportamento mais mecanizado e menos direcionado para uma relação de ajuda.

Carel (2009) refere que, apesar de os enfermeiros não experienciarem a doença, testemunham continuamente o sofrimento e envolvem-se na tentativa de o limitar e questionar este impacto no seu dia-a-dia. Expostos a situações de dor, raiva, sofrimento, morte, recuperação, esperança e perda lidam com o muito bom e o muito mau, o que os coloca numa posição única de vulnerabilidade. Ser enfermeiro comporta um lembrete praticamente diário da falibilidade do corpo, do espírito humano e da fragilidade da vida e dos bens humanos. O enfermeiro deve aceitar a sua vulnerabilidade e tirar partido da mesma no cuidar ao outro (Carel, 2009).

Percebi que as características individuais de cada um influenciam a forma como se relacionam. A maioria assumiu que o período de interação é tão curto, que, ou não há tempo ou não estão dispostos para tal, dada a tecnicidade e gestão de prioridades no momento. Focam a sua intervenção na fisiopatologia, avaliação de parâmetros e despiste de complicações, sem muitas vezes olharem efetivamente para o rosto do doente. Ou seja, ver a parte sem ver o todo.

Partindo da ideia pré-concebida que o tempo de profissão pode influenciar a qualidade da relação com a PSC vulnerável, procurei observar e compreender o mesmo aspeto junto dos elementos com menor experiência profissional, e percebi que não se sentem confortáveis em SE, face aos insuficientes conhecimentos

teóricos em reanimação, inexperiência e medo do erro, sem referência espontânea à limitação em termos de relação com o outro e gestão de sentimentos. Relativamente ao acompanhamento da família/pessoa significativa em sofrimento ou processo de luto na SE, a grande maioria dos enfermeiros assume que tem dificuldade em lidar com a dor emocional e que muitas vezes não permanece junto desta porque não se considera um bom apoio, sem saber o que fazer ou dizer. Referem que se aproximam, permanecem por minutos e saem, preservando a intimidade familiar.

Junto dos elementos mais experientes, encontrei referências de cuidados mais sólidas, com uma visão do que realmente é importante e prioritário na abordagem à PSC, envolvendo o reconhecimento e avaliação da vulnerabilidade na sua prática. Contudo, encontrei enfermeiros que, mesmo com muita experiência na área, não atribuem a importância esperada à comunicação verbal e não-verbal, à redução da ansiedade, ao sofrimento emocional e às necessidades específicas da PSC, seguindo uma metodologia de trabalho mais mecanizada e atenta à componente fisiopatológica, no sentido de a estabilizar e encaminhar.

Em suma, concluí que, a idade e a experiência profissional, ou a falta desta, não estão diretamente relacionadas com o não reconhecimento da vulnerabilidade e comportamentos de *uncaring* ou tecnicistas em emergência. No fundo, enfermeiros menos experientes não estão despertos para tal, dada a ênfase atribuída ao ambiente tecnológico e realização de técnicas, mas também parte dos elementos mais experientes deixam-se influenciar pela rotina e desmotivação, atribuindo cada vez menos importância aos fatores psicossociais da PSC.

No sentido de sensibilizar para o tema, elaborei um *poster* relativo à “Vulnerabilidade da PSC em emergência e reanimação” (Apêndice III), com a partilha dos resultados da RIL elaborada, fomentando a compreensão do conceito no SU, a melhoria da qualidade dos cuidados e os *outcomes* positivos em saúde, que foi afixado na sala de enfermagem. Senti *feedback* positivo por parte dos colegas relativamente ao tema e às intervenções passíveis de introduzir em SE.

O estágio constitui-se na sua globalidade uma experiência única no que respeita a experiências de aprendizagem e desenvolvimento de competências de enfermagem especializada em PSC. Mas, para além da componente prática na prestação de cuidados, foi igualmente constituído por momentos formativos e de enriquecimento pessoal e profissional (atividades paralelas), que passo a enumerar:

- a) Curso “Abordagem ao doente urgente – procedimentos em emergência”, com a duração de 17 horas, frequentado dias antes do início do estágio em urgência.

Foi um curso significativo do ponto de vista teórico e técnico na área da urologia, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, técnicas de substituição renal, monitorização hemodinâmica, colocação de drenagens torácicas, suturas e acessos vasculares e intra-ósseos (certificado em Anexo I);

- b) No sentido de complementar a integração na dinâmica de cuidados e recursos do SU, assisti a uma formação em serviço, conjunta com a UCI do hospital, relativa à via verde paragem cardio-respiratória (PCR) e ao funcionamento do compressor automático externo (LUCAS);
- c) Presença em dois congressos de enfermagem (*Up to Date* – da emergência ao real, em Famalicão, e Congresso do Doente Crítico, em Lisboa [certificados em Anexo II]), com apresentação de comunicação livre em ambos, onde abordei o conceito de vulnerabilidade na PSC e divulguei os resultados da RIL;
- d) Exposição do *poster* elaborado para o SU (no Apêndice III) no dia da ESEL, em colaboração com a minha tutora, Professora Maria Teresa Leal.

Em suma, este foi um estágio muito importante e marcante no meu percurso pessoal e profissional; um desafio que permitiu a compreensão, na prática, da subjetividade da vulnerabilidade e a intervenção especializada no sentido de a diminuir. Adquiri e desenvolvi competências especializadas de enfermagem, reforçando a observação crítica e tomada de decisão autónoma e responsável, assim como a disseminação de conhecimento baseado em evidência.

2.2. Viatura médica de emergência e reanimação

Após um significativo percurso de aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais no SU, onde tive a oportunidade de prestar cuidados a PSC com patologias variadas e/ou vítimas de trauma grave, identificar a sua vulnerabilidade e da família/pessoa significativa a vivenciar um processo de doença súbita e desenvolver competências especializadas no sentido da diminuição da mesma, seguiu-se um curto estágio em emergência PH.

A intervenção clínica no contexto PH visa garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente e assegurar através dos meios disponíveis a melhor abordagem e estabilização da vítima no local, o seu acompanhamento e vigilância no transporte até a uma unidade de saúde diferenciada (OE, 2007). “A imprescindibilidade da intervenção dos enfermeiros decorre deste compromisso” (OE, 2007, p.1).

A VMER é um meio diferenciado de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); integra uma equipa constituída por médico e enfermeiro e foi concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado. Tem como objetivo a estabilização PH e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em emergência, dispondo de equipamento de suporte avançado de vida (Ministério da Saúde, 2014). Atuam na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e possuem base hospitalar, disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Este segundo estágio de operacionalização do projeto decorreu na VMER alocada ao hospital onde realizei o estágio anterior, teve a duração de duas semanas (50 horas), num total de seis turnos, e contribuiu igualmente para dar resposta ao objetivo geral proposto, neste caso, mais perto da pessoa, inserida no seu contexto e ambiente familiar e social.

A assistência PH sempre foi uma área de cuidados de grande interesse pessoal e profissional, pois envolve um doente crítico, algum grau de adrenalina e um vasto conjunto de sentimentos, emoções e fragilidades que emergem de forma súbita e, no meu ponto de vista, de pertinente articulação no sentido da gestão dos cuidados de enfermagem. Gerir estas componentes conduz os profissionais de saúde a um desafio para o qual poucos estão preparados.

Acompanhei um enfermeiro diferente em cada turno e esta diversidade na orientação permitiu-me abrir horizontes no que respeita às diferentes formas de trabalho, de organização, de lidar com a emergência, com a PSC, família/pessoa significativa, com a dor, com o sofrimento e com a morte. A integração foi um processo fluido e motivador; a equipa é jovem, motivada e com uma excelente relação profissional, o que favoreceu a adaptação às dinâmicas. Integrei-me nos cuidados prestados, na relação empática com a PSC e família e fiz ainda questão de ser um elemento ativo e presente em todos os procedimentos que suportavam a prestação de cuidados, nomeadamente, a gestão dos recursos utilizados.

Antes de dar início ao estágio senti necessidade de interiorizar informação relativa aos tipos de meios de emergência, perceber quem os constitui, que competências lhes são atribuídas, bem como a articulação do CODU com os mesmos, através de despachos em Diário da República. Compreender a dinâmica desde a chamada do cidadão até à ativação do meio de emergência adequado foi facilitador no processo de integração na VMER. Em estágio pude verificar o contacto

constante com o CODU, desde a saída da base até à estabilização da vítima e abandono do local para o hospital ou base, através de códigos numéricos digitados no rádio móvel.

A pesquisa bibliográfica e a atualização de conhecimentos em emergência e reanimação que deram suporte ao anterior estágio e permitiram, em conjunto com a prática clínica, o desenvolvimento de competências especializadas complementaram a experiência na VMER. Neste tipo de contexto não há como diversificar experiências; as ativações são a realidade possível e maioritariamente emergentes. Exigem dos profissionais um elevado grau de conhecimentos teóricos e práticos, competências de liderança, gestão de recursos humanos e materiais, adaptação a condições ambientais e sociais adversas, capacidade psicológica e emocional para dar resposta às necessidades da comunidade que cuidam.

No PH a equipa desloca-se ao doente, frequentemente entra na sua casa, local de trabalho ou onde quer que se encontre. Independentemente da pessoa estar a vivenciar um evento crítico de doença, é estabilizada no local, rodeada dos seus familiares, amigos, colegas e/ou pessoas que a auxiliaram aquando do evento. Não ocorre a ansiedade associada à entrada numa sala de emergência, mas vivenciam-se outros sentimentos que aumentam exponencialmente a vulnerabilidade, como a ansiedade da espera de uma equipa diferenciada, a presença de familiares, o contexto onde ocorre o evento crítico ou as condições climatéricas.

A variedade de experiências no estágio permitiu-me contactar com diferentes situações de vulnerabilidade acrescida. O colapso presenciado por familiares foi talvez o que mais me marcou, pela fragilidade intrínseca à imprevisibilidade da vida. Nestas situações, a família era poupada da avaliação e reanimação da pessoa, com o cuidado em fechar a porta da divisão, evitando a exposição a imagens para as quais poderiam não estar preparados. No entanto, quando o evento ocorria na via pública era difícil controlar e acabávamos por pedir a alguém que afastasse o familiar e o amparasse no momento até que nos conseguíssemos dirigir a ele.

Ser um elemento extra possibilitou uma intervenção precoce neste sentido. Recordo-me de um caso que me marcou: um casal idoso assistiu à morte da filha sem ter essa noção. Foram iniciadas manobras de reanimação sem sucesso e quando se informou os pais prestei apoio emocional, garantindo a “adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento” (OE, 2007, p.1). O toque, o olhar, levá-los para uma zona mais tranquila da casa e ouvi-los foi a estratégia

utilizada para atenuar o sofrimento.

Os membros da família ou pessoas significativas tornam-se alvo de cuidados no período imediato após uma notificação de morte (Shoenberger, Yeghiazarian, Rios, & Henderson, 2013). A forma como a notícia é transmitida e todo o acompanhamento após devem ser bem definidos e planejados, uma vez que os familiares recordarão durante anos os eventos daquele dia, incluindo as palavras utilizadas e as atitudes dos profissionais (Shoenberger *et al.*, 2013). Se utilizadas estratégias ponderadas e fundamentadas, o incidente pode revelar-se menos traumático para o sobrevivente e para o profissional. O enfermeiro tem um papel fundamental, tanto na notificação como no contínuo suporte da pessoa que perdeu o ente querido (Roe, 2012).

O PH permite-nos “entrar” na vida social e familiar destas pessoas; observar o contexto em que vivem, as fotos nas molduras, o contraste entre a morte e a refeição ainda preparada no prato; sensibilizou-me e fez-me refletir acerca da vulnerabilidade e imprevisibilidade da vida. Questionei se haveria alguém a contactar e percebi que não tinham ninguém. Claramente faltava um suporte emocional e familiar e estas situações sensibilizam-nos. Quando me apercebi, estávamos as três profissionais agachadas junto ao casal a prestar apoio emocional, o que me fez perceber exatamente que um excelente trabalho relacional estava a ser feito. Limpámos o rosto da filha, colocámos o corpo na cama, tapado como se a dormir e encaminhámos os pais até ela. Pelas palavras, sentimos que o casal se sentiu acompanhado, agradecendo o nosso carinho. Saímos em silêncio mas com a sensação de dever cumprido.

Foram muitas as situações vivenciadas que ficarão na memória. Exigiram-me alguma elasticidade emocional para a qual senti estar preparada, dando uma resposta eficaz. Em cada experiência encontrei um sentido e um olhar mais atento a pormenores que nos passam despercebidos no dia-a-dia, melhorando significativamente a minha forma de ver o outro e consequentemente, a minha prática de cuidados.

No estágio de PH a oportunidade de trabalhar com a família/pessoa significativa para além da PSC foi algo muito positivo; tornou a aprendizagem muito relevante, adaptando a comunicação à pessoa, circunstância e ambiente social e familiar. Permitiu-me a consolidação de competências relacionais e comunicacionais especializadas, no âmbito da diminuição da vulnerabilidade, ansiedade e confronto com a perda. Reconheci a vulnerabilidade como Scanlon & Lee (2007) e Shi (2001)

a assumem – um conceito multiconceptual e subjetivo, influenciado por fatores pessoais e ambientais, gerador de stresse e ansiedade, promovendo o respeito pela dor de cada um e mostrando-me disponível, apoiando e respondendo a questões.

No PH não se realizam registos escritos de enfermagem; no entanto, mantive a preocupação de referenciar a avaliação da componente psicossocial e emocional da pessoa e/ou família, quando a deixava em SE, bem como as intervenções desenvolvidas.

O ambiente hospitalar proporciona momentos de aprendizagem fundamentais; é um ambiente controlado, com todos os recursos disponíveis em minutos e uma articulação rápida com uma extensa equipa multidisciplinar. Por outro lado, no PH a equipa multidisciplinar está mais exposta a fatores externos, mais permeável a influências e vulnerável nos seus próprios cuidados. A equipa é constituída apenas por dois elementos (médico e enfermeiro) e reforçada quando chegam os meios de apoio em ambulância (técnicos de emergência ou bombeiros) para assegurar o transporte da PSC para uma unidade hospitalar.

Prestar cuidados no PH é uma experiência única para quem gosta de emergência. O enfermeiro deve ser detentor de formação humana, técnica e científica adequada para prestar cuidados em qualquer situação, particularmente em contextos de maior complexidade e constrangimento, munido de competências específicas que lhe permitam atuar de forma autónoma e interdependente, integrado numa equipa e em rigorosa articulação com o CODU e no respeito pelas normas e orientações definidas (OE, 2007).

Trabalhar em condições adversas, com um espírito de equipa tão característico e bem definido, complementou a minha experiência profissional atual e permitiu compreender o excelente trabalho realizado por estes profissionais. A expressão “fazer muito com pouco” emergiu no meu pensamento várias vezes durante os turnos na VMER. Os profissionais vivem experiências singulares de sucesso e insucesso, sentimentos de alegria e de tristeza. As condições ambientais que enfrentam raramente são as ideais para a prestação de cuidados, com grande capacidade de improvisação e adaptação aos diferentes contextos, aplicando sempre os conhecimentos científicos de que são detentores, sem prejudicar a excelência do desempenho e sem causar demais danos à vítima. O constante confronto com a fragilidade da vida humana fá-los querer ser socialmente mais úteis, testar limites, medos e fraquezas, em prol do outro. Uma verdadeira relação de ajuda que contribui para um quadro de cuidados de saúde onde a intervenção de

enfermagem tem significado relevante e condiciona a qualidade e a eficácia da globalidade dos cuidados que a pessoa, família ou comunidade necessitam (Mendes, 2006).

O estágio permitiu-me igualmente aprender muito no que respeita à observação rápida do doente com uma história muitas vezes inexistente, diagnósticos precoces para chegar à causa do evento crítico, avaliação atenta de sinais e sintomas, despiste de complicações imediatas e prioridades nas intervenções, com uma diferença grande relativamente ao intra-hospitalar: a inexistência de exames complementares de diagnóstico para além do electrocardiograma. Todas as avaliações são baseadas na clínica, observação atenta, auscultação, experiência e intuição clínica, de forma a corrigir o imediato, estabilizar e transportar para uma unidade diferenciada.

Ancorada no meu conhecimento prévio e orientada por profissionais peritos, procedi a intervenções de enfermagem, integrando-me na equipa. Puncionei acessos venosos periféricos, preparei e administrei terapêutica (por vezes debaixo de chuva e na via pública), participei em manobras de reanimação (via aérea e massagem cardíaca), entubei gastricamente, manipulei o desfibrilhador automático externo, manipulei o LUCAS, imobilizei fraturas, acompanhei doentes no transporte até ao hospital e, mediante convite de dois médicos, tive a oportunidade de proceder com sucesso à entubação orotraquel em duas vítimas de PCR, o que foi um bom voto de confiança.

Aprimorei a minha observação crítica, decisão autónoma e responsável. Por exemplo, ao identificar situações que careciam de imediata monitorização, deslocar a vítima para um outro local no contexto de cuidados e/ou ao preparar fármacos ou material que antecipava ser necessários. Num caso de ativação para uma PCR num senhor idoso ao qual não foram tentadas manobras de reanimação, enquanto aguardávamos a chegada da autoridade para entrega da declaração de verificação de óbito, apercebi-me de alguma farfalheira e febre na esposa acamada. Com autorização da equipa monitorizei oximetria e auscultei-a, pedindo à médica para a observar. Identificou-se que era uma situação em que a filha não conseguia dar uma eficaz resposta no que concerne a cuidados à idosa e incentivámos para que chamasse o médico do centro de saúde caso não melhorasse, já que no momento ainda não era imperativo transportá-la ao hospital. Houve ainda a possibilidade de reforçar a educação em saúde na comunidade (trabalho também comum no PH) quando observei a filha a alimentar a idosa deitada em plano zero, alertando-a para

o risco de aspiração de conteúdo alimentar e recomendando que a levantasse um pouco com o apoio de uma almofada, exemplificando.

Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à vulnerabilidade da PSC em emergência PH e as suas consequências no processo de recuperação, colaboração e satisfação foi o aspeto que mais me surpreendeu neste estágio. Tinha curiosidade em compreender as razões pelas quais os enfermeiros nem sempre atribuem a devida importância à vulnerabilidade da PSC, considerando-a um aspeto a trabalhar *à posteriori*, num serviço de destino. Surpreendeu-me o facto de perceber que, quer o enfermeiro, quer o médico do PH mantêm uma preocupação constante com este conceito que tanto influencia a pessoa. Talvez porque, tal como referi anteriormente, se sentem igualmente influenciados por estímulos externos (fotografias, familiares...) que os aproximam da pessoa cuidada, ou porque a sua experiência profissional e perícia os encaminha para um cuidar mais refletido e direcionado essencialmente para a pessoa e não tanto para a adrenalina e agilidade técnica associada ao PH.

Quando fiz referência ao tema do meu projeto, senti grande receptividade por parte da equipa. Foi consensual que todos gostavam imenso do trabalho realizado no âmbito de rua e que a vulnerabilidade da PSC em emergência PH era um aspeto fundamental na sua prática.

Em momentos de vulnerabilidade emocional, física e social acrescida da PSC ou família/pessoa significativa no PH, foi possível observar que a reconhecem e trabalham no sentido de a diminuir precocemente, com intervenções assertivas, abordagens adequadas, com um tom calmo e seguro, o que transmite segurança e bem-estar. Tal com a literatura descreve, e pude observar na prática, a implementação de intervenções diferenciadas que favorecem a diminuição da vulnerabilidade torna a experiência menos hostil e permite o envolvimento e colaboração do doente no processo de reanimação, estabilização e recuperação.

Faço ainda referência à vulnerabilidade dos próprios enfermeiros no contexto PH, a vulnerabilidade mútua, como Malone (2000) faz referência. A observação direta e as abordagens em momentos informais levaram-me a compreender que experienciam uma vulnerabilidade significativa aquando da prestação de cuidados. Apontaram o stresse como o principal fator de desequilíbrio da homeostasia. À semelhança do estudo realizado por Romanzini & Bock (2010), referiram que se sentiam preparados e motivados para trabalhar apesar da ansiedade, seguros e respeitados no dia-a-dia. Vivenciam sentimentos de compaixão, sensibilidade, raiva,

compaixão, tristeza e satisfação pelo *feedback* que sentem por parte da população em geral. Referem que aprendem a gerir os sentimentos diante da dor, sofrimento e morte, como estratégia de *coping* que lhe permite diminuir a sua própria vulnerabilidade.

No PH, pelas suas características específicas, nomeadamente, o facto dos profissionais se deslocarem em emergência, os cenários difíceis com que se deparam, o confronto direto com a morte e a incapacidade em salvar a vítima, exige das equipas uma postura equilibrada, comportamentos éticos, organização e eficácia na tomada de decisão para uma assistência adequada e qualificada.

Neste sentido, a comunicação assume uma importância tão relevante como em qualquer outro contexto de prestação de cuidados. Apesar de, numa situação emergente, se dar maior ênfase à execução técnica, foi possível constatar que essa visão redutora não poderia estar mais errada; a comunicação com a vítima e família/pessoa significativa assume um papel vital no processo de cuidados em PH e nas relações entre os intervenientes.

A coordenação entre os elementos da equipa deve ser forte e estruturada. A complementaridade entre médico e enfermeiro deve estar assente numa relação de confiança e espírito de equipa em prol de um objetivo comum – salvar a vida da pessoa com o mínimo de danos possíveis. Não observei comportamentos de disputa de posições, mas sim uma relação sólida de trabalho, com espaço para a crítica, sugestões e troca de papéis. Um é o recurso do outro e quando o enfermeiro não consegue assegurar um acesso venoso periférico é humilde o suficiente para passar a intervenção ao médico, bem como, quando este não consegue proceder a uma entubação orotraqueal solicita que o enfermeiro o faça. O trabalho em equipa nos cuidados de saúde pode resultar em aumento na efetividade, eficiência, satisfação pessoal e do doente, bem como em diminuição do stresse (Kilner & Sheppard [2009] referenciam Kaissi *et al.* [2003]).

Tendo em conta que estes são aspetos valorizados pela PSC em emergência – os fatores organizacionais, o trabalho em equipa e a identificação de um elemento líder – reconheci o trabalho dos colegas como muito satisfatório, integrando-me na dinâmica da equipa, procurando momentos de trabalho conjunto ou disponibilizando-me para proceder a alguma intervenção sempre que estes estivessem ocupados.

Em suma, este foi um estágio fundamental no meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas. Nesta vertente específica de atuação da enfermagem, por vezes desvalorizada, é necessário que o enfermeiro domine a

técnica sem descuidar a sensibilidade e a pessoa como um todo, e pelo que pude retirar da experiência, isto foi uma realidade constante.

Tal como no estágio anterior, as principais dificuldades prenderam-se essencialmente com o vivenciar de situações muito complexas do ponto de vista emocional. Impressionou-me o facto de “entrar” na vida das pessoas, observar o seu ambiente e a fragilidade da vida. Pormenores como verificar a hora de um óbito no próprio relógio da vítima, o contraste da fruta fresca no saco que se espalhou na via pública após o acidente de viação e um presente embrulhado com papel infantil quando os passageiros estavam gravemente feridos assumiram grande preponderância. Quem iria entregar aquele presente certamente comprado? Foram situações que me levaram à reflexão mas que me tornaram mais forte e convicta do meu papel nesta profissão que admiro.

Não senti dificuldade em comunicar com famílias que perderam entes queridos de forma súbita, a bibliografia consultada e o trabalhar de estratégias comunicacionais fez-me sentir segura e com capacidade para tal.

A principal limitação encontrada foi, sem dúvida, o curto período de estágio. A experiência na VMER teve uma importância tão grande no meu processo de desenvolvimento de competências que justificava uma maior duração para trabalhar o adquirido e desenvolver ainda mais competências especializadas, técnicas e relacionais. Gostava de ter tido mais contacto com PSC vítimas de trauma grave e queimados e ter a oportunidade de presenciar a ativação de uma via verde (coronária, AVC ou PCR); no fundo, de diversificar mais experiências de aprendizagem.

No entanto, a experiência na VMER foi muito gratificante e marcou o meu percurso de aprendizagem. Compreender o excelente trabalho realizado por estes profissionais fez-me ter a noção de que a vulnerabilidade da PSC e da família/pessoa significativa é valorizada no PH e que são aplicadas medidas individualizadas de redução da mesma.

2.3. Unidade de cuidados intensivos

As UCI são serviços dotados da mais alta tecnologia e de profissionais de saúde diferenciados, com um leque de conhecimentos específicos e aprofundados na área da reanimação, assistência à PSC em falência multiorgânica, que requerem frequentemente uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade (Sheehy, 2011).

O terceiro estágio de operacionalização do projeto teve a duração de seis semanas (150 horas) e decorreu numa UCI médico-cirúrgica de um hospital central, com centro de oxigenação por membrana extracorporal (ECMO), que admite pessoas em situação crítica provenientes de qualquer serviço do hospital e de outras unidades de saúde, do foro médico, cirúrgico ou trauma.

Ao longo dos anos, o pensamento e uma prática reflexiva ajudaram-me a encontrar uma identidade profissional própria, num caminho para o desenvolvimento. As minhas competências de enfermeira desenvolveram-se até à data na prestação de cuidados à PSC numa UCI e, tal como Benner (2005) atribui à experiência do *vivido* uma importância vital no desenvolvimento de competências, também eu percebi que o conhecimento empírico adquirido ao longo deste tempo foi uma excelente mais-valia no processo de consolidação de competências neste estágio.

É no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, onde se integram os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência que poderemos alcançar a especialização (Benner, 2001).

A integração foi um processo amplo e constante. A expectativa era elevada e a facilidade na comunicação, motivação para aprender e prestar cuidados de enfermagem especializados, com o *background* de uma equipa jovem, competente e com uma forte relação de equipa, aliado à sua grande disponibilidade para me receber aproximou-me de todos, sentindo-me bem recebida e integrada.

Identifiquei a humanização dos cuidados como um projeto em curso na unidade, com a elaboração recente do guia de acolhimento à família e alterações na dinâmica de trabalho de enfermagem, quer a nível do acompanhamento dos familiares, quer com a adequação das intervenções à PSC de acordo com as suas necessidades, numa perspetiva o mais holística possível, num ambiente tão munido de tecnologia. Os enfermeiros mostraram-se sempre muito atentos com as visitas; era feita uma

receção com o ensino da prevenção da infeção, colocação de avental e incentivo à desinfeção das mãos, preparação da pessoa para a forma como iam encontrar o doente (cateteres, sondas, equipamentos, pensos) e acompanhavam-na até ao leito. Tinham sempre uma palavra de conforto, um olhar atento às necessidades individuais de cada um e o incentivo ao toque e à comunicação com o doente sedado, promovendo a relação entre os elementos familiares e a PSC. Identifiquei-me com este tipo de intervenção, é uma prática que tenho enraizada no meu dia-a-dia, garantindo a “adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento” (OE, 2007, p.1).

O princípio da vulnerabilidade garante o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais o princípio da autonomia e do consentimento se manifestam insuficientes (Neves, 2006). À parte de todo o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, e que considerei de excelente qualidade no que respeita à humanização dos cuidados, identifiquei alguns pontos, que em análise pessoal atribuo às limitações dos recursos físicos do serviço. A minha apreciação crítica ressaltou preocupação com o facto de não existir uma separação física mais efetiva entre doentes. Atualmente as cortinas não estão recomendadas pelas *guidelines* de controlo de infeção e os espaços existentes não estão preparados para boxes individualizadas, mas emerge o direito da privacidade e dignidade dos doentes, intimamente relacionado com a vulnerabilidade da pessoa nestes contextos complexos. Os profissionais tentavam colmatar esta problemática com biombos móveis e pediam aos familiares dos restantes doentes para sair por minutos enquanto se procedia a uma técnica, situação igualmente aborrecida quando o tempo de visita é tão curto, comparado com o conjunto de sentimentos que envolvem ter um ente querido em estado crítico.

Gerir cuidados num ambiente de alta tecnologia e sofisticação exige do profissional uma dedicação extrema e a necessidade permanente de atualização de conhecimentos e habilidades técnicas. Ao especializar-se numa área de interesse, o enfermeiro assume competências específicas e baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011). Neste sentido, a pesquisa bibliográfica e a aquisição de conhecimentos técnicos em procedimentos que não dominava foram um desafio constante, colocando-me apta a dar resposta às necessidades de cuidados de forma responsável e autónoma.

Sabia que a UCI assegurava cuidados a doentes em ECMO, uma técnica

terapêutica de substituição de órgão com a qual nunca tinha trabalhado e que ressaltava em mim alguma curiosidade, o que me levou à pesquisa de conhecimento científico atualizado sobre a técnica, cuidados e complicações associadas. A equipa de enfermagem, em especial a minha orientadora, foi particularmente disponível neste meu interesse, esclarecendo de forma clara cada dúvida e permitindo que ficasse atribuída ao doente em ECMO na altura mais do que um turno consecutivo, promovendo uma continuidade de cuidados. De forma a compreender os cuidados de enfermagem específicos ao doente em ECMO e desenvolver competências especializadas optei por elaborar o meu estudo de caso com base no mesmo. Este constitui-se num método de investigação aprofundado de um indivíduo que, na sua complexidade e no seu próprio dinamismo, forneceu informações relevantes para a minha tomada de decisão (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003).

Ainda no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências teóricas e científicas, realço a presença no II Simpósio de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Lisboa Norte, nos dias 1 e 2 de fevereiro de 2018 (certificado em Anexo III), como um contributo importante para o meu desenvolvimento profissional. O programa foi muito atrativo, com palestrantes peritos nacionais e internacionais, mobilizando e partilhando muito conhecimento científico.

Segundo Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), a tecnologia é parte integrante e essencial da prática competente do enfermeiro. No entanto o conceito de humanidade associado aos cuidados de saúde é componente fundamental da prática de enfermagem e do cuidar, constituindo a lente teórica do enfermeiro. Acompanhar doentes e famílias a vivenciar processos de morte e luto é frequente nas UCI e exige do enfermeiro o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade que lhe permita gerir os cuidados.

É imperativo que conheça e percecione a pessoa cuidada como um ser individual, com as suas próprias crenças, motivações e aspirações, valorizada como participante ativo nos cuidados, para além de um corpo munido de equipamentos que refletem a sua fisiologia em números e curvas de monitorização. Respeitar a dignidade da pessoa cuidada integra o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994) e na prática, como Locsin (1995) refere, a tecnologia e o cuidar podem ser harmoniosos aspetos da prática clínica de enfermagem, complementando-se.

Em cuidados intensivos, o maior número de camas é atribuído a doentes de nível III, em estado grave, com disfunção de órgão e necessidade de vigilância

especializada permanente. São doentes habitualmente sedados, com um sensorio inibido, dependentes de ventilação mecânica e sob terapêuticas e sistemas de monitorização cada vez mais desenvolvidos. A vulnerabilidade é uma constante neste contexto de cuidados. A pessoa experiencia, consciente ou inconscientemente, um conjunto de estímulos externos que condicionam de forma importante o equilíbrio do bem-estar biopsicossocial. A vulnerabilidade física, pela abrupta invasão do corpo por dispositivos, pela exposição da sua privacidade, pelo risco iminente de infeção, por dor, desconforto; vulnerabilidade emocional, pela dúvida, medo, incerteza do futuro, imagem corporal, solidão e ainda vulnerabilidade social, por tudo o que deixou para trás, como a família, o trabalho, as preocupações inerentes. A vulnerabilidade atinge assim um conceito multidimensional e subjetivo. Estar desperto para cada sinal que a tecnologia nos pode transmitir nos momentos mais críticos da experiência de doença é um caminho para o cuidado individualizado, quer para a PSC, quer para a família que vive momentos de grande angústia, sofrimento e incerteza.

A observação direta e atenta desta vulnerabilidade na PSC permitiu-me identificar algumas estratégias no âmbito da sua diminuição. Ouvi os doentes na sua fase de recuperação no sentido de compreender como se sentiram enquanto alvo de cuidados e a memória que mais os marcou. O *feedback* foi de encontro à literatura (Baumgarten & Poulsen, 2015). Referiram essencialmente a memória da sede e relembaram o facto de se sentirem perdidos no espaço e no tempo, sem compreender o sucedido, com estímulos dolorosos às mobilizações e aspiração de secreções. Assumiram também que o ruído inespecífico em redor os assustava, sem a clara noção de onde estavam. Recordaram vozes e alarmes constantes, mas ressaltaram a importância da comunicação e da humanidade sempre que abordados pelos profissionais, com ênfase na atualização do seu estado clínico.

Foi ainda feita referência à importância da existência de um relógio no centro da sala. Estes aspetos revelam uma sensibilidade e uma relação de ajuda incorporada nos cuidados de enfermagem, como as inúmeras teorias preconizam e a OE define como uma das competências do enfermeiro especializado em PSC, ao demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2011). Satisfeita por me identificar com os cuidados prestados, fomentei estas intervenções individualizadas, dando continuidade aos cuidados, ancorada nos pressupostos que fundamentam a minha prática diária.

A prestação de cuidados em UCI foi muito satisfatória e uma constante de aprendizagem. A experiência prévia na área foi fulcral no processo, mas a humildade em compreender que cada doente tem as suas particularidades e que o nosso método de trabalho não pode ser estanque (adaptando-se às realidades e moldando-se às aprendizagens), levou-me a encarar o desafio como um imperativo científico e pedagógico, o que me fez crescer enquanto profissional. Cuidei de doentes com patologias muito específicas e com as quais nunca tinha contactado. Foram-me atribuídos um ou dois doentes de nível III, dependendo das situações e gravidade, a quem prestei cuidados com autonomia, articulando conhecimentos científicos e técnicos.

Identifiquei focos de instabilidade e atuei de forma imediata na sua resolução. Prestei cuidados a doentes do foro médico e cirúrgico e, com variados diagnósticos de enfermagem, executei técnicas diversas, manipulei equipamentos de substituição da função renal, prestei cuidados a doente em ECMO, manipulei sistemas de monitorização invasiva e não invasiva (hemodinâmica e neurológica), admiti e transferi doentes, acolhi familiares e apoiei-os numa aproximação física e emocional ao doente. Senti autonomia na comunicação de dados laboratoriais à equipa médica, promovendo a complementaridade e o trabalho em equipa. Informei acerca de intervenções realizadas e sugeri outras sempre que considerasse importante para a pessoa cuidada, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2011).

Surgiu ainda a oportunidade de cuidar de um grande queimado, vítima de explosão, com compromisso grave da via aérea e queimaduras extensas ao nível da face, tórax e mãos. A prestação de cuidados nestes doentes é muito específica; nomeadamente no equilíbrio hidroeletrólítico, cuidados à pele queimada, escarotomias descompressivas, cuidados oculares, desbridamento das pálpebras, a decisão da aplicação da sulfadiazina de prata com ou sem nitrato de cério²... Foi uma experiência muito enriquecedora e tive todo o interesse em absorver o máximo de conhecimentos possíveis num contínuo de aprendizagem ao longo dos turnos.

Confesso que a imagem impressionou, essencialmente pelo facto de não conseguir visualizar o rosto e as expressões faciais do doente, ver todo um corpo

² A adição de nitrato de cério à sulfadiazina de prata aumenta a atividade antipseudomas. Produz uma escara que atua como barreira microbiana e permite retardar o enxerto. O nitrato de cério pode ainda ligar-se a subprodutos tóxicos da lesão térmica e desta forma diminuir a resposta inflamatória sistémica. Assim, o nitrato de cério não deve ser aplicado na pele lesada da face e genitais, pela sua ação mais forte enquanto agente químico (Cancio *et al.*, 2017).

coberto por ligaduras e edemas e identificar ali uma barreira interpessoal. Numa das noites, senti o senhor mais polipneico e taquicárdico e aproximei-me, toquei-lhe no ombro e dirigi-lhe algumas palavras de conforto. A conexão com o mundo externo naquela sala de isolamento, à noite, com as luzes apagadas, era tão escassa que entendi ser necessário criar um elo de ligação humana, que resultou numa estabilização dos padrões respiratório e cardíaco de forma subtil.

O processo de recuperação nestes doentes é um caminho longo e uma realidade de grande sofrimento para a pessoa e para a família. Inicialmente o tentar sobreviver, depois o acordar e perceber o sucedido até à fase de aceitação de uma imagem corporal completamente diferente da que tinha antes do evento crítico. Um grande queimado vivencia uma vulnerabilidade extrema. A fase crítica, associada ao risco de vida, é desconhecida pelo próprio dado o elevado grau de sedação e curarização. A gravidade não é percecionada pela pessoa, esta apenas é sensível aos estímulos externos que se refletem em respostas fisiológicas do organismo e que o enfermeiro deve saber reconhecer. Desta forma, concordo com Locsin (2013) quando refere que o uso da tecnologia na prática de enfermagem contemporânea conduz à valorização do ser humano, não como um simples objeto de cuidado, mas como elemento ativo no mesmo.

A minha prestação de cuidados assentou nos pressupostos da deontologia profissional de enfermagem, onde foram considerados os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos onde se integra, cuidando a PSC sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (OE, 2015). A diversidade de experiências permitiu-me cuidar de doentes de várias idades, raças, culturas e histórias de vida. Foi interessante ouvir cada história clínica e tentar depois, junto dos familiares, perceber a dinâmica social em que se inseria, adequando a abordagem à pessoa e respeitando a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual de cada um (OE, 2015).

Como importantes condicionantes da vulnerabilidade da PSC, geri diferenciadamente a dor e o bem-estar da pessoa em falência orgânica, otimizando as respostas (OE, 2011). Gerir o bem-estar de alguém é reconhecê-lo como um ser único, individual e com necessidades específicas. Atender às particularidades que a pessoa, incapaz de comunicar, consegue transmitir através de dados e parâmetros mensuráveis pela tecnologia e não utilizar o ambiente tecnológico unicamente para gestão de terapêuticas, inserção de dados em registos e execução de intervenções essencialmente técnicas e rotineiras que nos distanciam do ser vulnerável de que

cuidamos. A PSC admitida em emergência ou numa UCI vivencia o expoente máximo da vulnerabilidade, em todas as suas vertentes; apresenta-se diante de nós, enfermeiros, frágil, sensível e coloca-se à mercê dos nossos cuidados, esperando o melhor. E o melhor de nós é uma globalidade de aspetos.

Experienciar uma situação limite, associada ao risco de vida, é encarada de forma única quer pela PSC, quer pela família. A família vive intensamente e com grande carga emocional todas as horas e subtis alterações no estado clínico do doente (Sá *et al.*, 2015). Constitui-se como um dos vértices do triângulo terapêutico, uma “extensão” do doente e igual foco dos cuidados de enfermagem. A doença crítica e todo o ambiente de cuidados confrontam a família com momentos de grande instabilidade; vivendo processos designados por transições, tendo em conta o impacto que têm na sua vida pessoal, familiar ou social (Meleis *et al.*, 2000).

Desta forma, o ambiente de UCI atribui características únicas ao cuidado de enfermagem à família da PSC, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática (OE, 2002).

Como importante fonte de estabilidade, a família deve ser envolvida sempre que possível. Cuidar desta é mais do que um mero alargar da esfera de intervenção da enfermagem, é o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados (OE, 2002) e ser sensível à sua vulnerabilidade no momento. O enfermeiro acompanha-a dia após dia, conhece-a, cuida e, numa vulnerabilidade mútua (Malone, 2000), envolve-se de forma empática. Desenvolve assim neste percurso uma habilidade para a relação centrada no outro como base de uma relação de ajuda, desenvolvida desde o primeiro instante e com a dualidade entre salvar uma vida e respeitar os valores individuais mas, acima de tudo, estar presente.

Recordo um dia em que prestei cuidados a um jovem admitido por intoxicação medicamentosa, com falência multiorgânica. Na visita, a irmã assustada, manifestou medo em se aproximar e dirigi-me a ela. Conversámos, atualizei-a sobre o estado do irmão, dentro das minhas competências, aproximei-a do irmão e incentivei à comunicação com o mesmo. Mostrou-se preocupada com a reação do pai quando entrasse naquele ambiente cheio de equipamentos que davam suporte à vida do irmão. Perante esta fragilidade, disponibilizei-me para conversar um pouco com o senhor antes de este entrar no serviço. Num local sossegado, apresentei-me e expliquei ao senhor, num discurso acessível, o que iria encontrar e o expectável em termos de respostas fisiológicas do filho. Acompanhei-o até junto do mesmo e, ao verificar que se encontrava dentro do possível calmo, dei espaço e privacidade num

momento tão doloroso. Ainda me questionou um outro aspeto mas sempre numa atitude compreensiva e, no meu entender, preparado para a imagem global encontrada. No fim, o senhor agradeceu-me a atenção, salientando que admirava muito o trabalho de enfermagem, por tudo, mas essencialmente pela componente humana, pela presença efetiva e por se dar ao outro, sem o conhecer, numa atitude altruísta. Foi recompensador ouvir tais palavras, sentir o reconhecimento de um trabalho e de uma relação que não é apenas por obrigação ao trabalho que desempenho, mas por dedicação pelo que faço diariamente.

Os estágios permitem, entre outras coisas, observar e pensar criticamente no observado. Esta reflexão leva-nos a questionar conhecimentos adquiridos e a gerir intervenções. O conhecimento não é estanque, é algo dinâmico e permeável aos contextos onde nos vamos inserindo, pessoal e profissionalmente. Os três estágios, em geral, permitiram a observação cuidadosa da prestação de cuidados à PSC numa globalidade de aspetos, mas surpreenderam positivamente na compreensão da forma como os enfermeiros valorizam a vulnerabilidade do doente a vivenciar um evento crítico de doença, com risco de vida.

O espaço físico das salas de doentes de níveis II e III é aberto e amplo, o que permite identificar sempre a presença de profissionais (benéfico relativamente a quartos fechados, onde o doente acaba por perder a noção do espaço envolvente e se sente mais só). A equipa é muito experiente e sensível às necessidades individuais da PSC, o que permitiu observar a sua dedicação à componente biopsicossocial dos doentes. Independentemente do grau de sedação, constatei uma constante comunicação com o doente, sempre com o cuidado de se apresentarem pelo nome, explicarem o que iriam fazer e o porquê, atualizar o estado clínico e inclusive transmitir palavras de conforto e incentivo à recuperação. Observei muitas referências verbais ao facto de um familiar ter telefonado a saber informações e ter deixado um beijinho, o que conforta a pessoa que vive um momento de doença grave, afastada de todo o seu conforto familiar e social.

Acompanhei igualmente a esposa de um doente admitido por complicações pós-operatórias graves, no sentido de a tranquilizar e apoiar, e percebi que o neto do casal, com 15 anos, havia falecido há 4 meses naquele hospital. A fragilidade emocional era grande e a filha encontrava-se a viver um momento de grande tristeza e angústia, evitando visitar o pai, uma vez que o local lhe lembrava o acontecimento. Não estava preparada para assimilar a situação irreversível do estado de saúde do pai. Disponibilizei-me para ajudar no acompanhamento durante

a visita e depois passei esta informação importante, quer em registos escritos, quer oralmente aos colegas.

Por outro lado, em doentes conscientes, a comunicação verbal torna-se mais completa e permite a obtenção de *feedback*, identificando mais eficazmente pontos de vulnerabilidade acrescida. Junto destes doentes, é reforçada a preocupação em incentivar a períodos de distração, com conversas mais estruturadas, incentivo à visualização das horas no relógio da sala e da televisão (um recurso para combater a o moroso passar das horas, referência comum dos doentes).

Identifiquei-me com esta prática e senti satisfação pela valorização da vulnerabilidade da PSC e da família, para além de todo o aparato tecnológico que muitas vezes afasta o enfermeiro do doente. A inibição do sensorio (sedação) não pode ser justificação para um corte na relação interpessoal entre dois elementos ativos num processo de estabilização e recuperação. Ainda na passagem de informação entre pares, foi observável que os enfermeiros se preocupam em referir histórias familiares e sociais que possam condicionar os cuidados e exigir uma atenção especial à família.

Em suma, a equipa mostrou-se sensível a estes pormenores que constituem o bem-estar de quem cuidam e o trabalho realizado é reconhecido nas palavras dos familiares e dos próprios doentes numa fase de recuperação, num trabalho conjunto.

“A enfermagem é socialmente construída e coletivamente concretizada” (Benner, 2005, p.18). Deste modo, a relação que estabelecemos com o outro, seja profissional de saúde ou a pessoa alvo de cuidados, assume uma importância fulcral no desenvolvimento de uma prática de excelência. Na maioria dos contextos de saúde, os enfermeiros são responsáveis pela articulação da equipa interprofissional, sendo essencial ao EE o desenvolvimento de competências que lhe permitam gerir os cuidados e otimizar a resposta da equipa (OE, 2011).

Em serviços munidos de tecnologia, o ruído dos equipamentos é acentuado, prestam-se cuidados e executam-se técnicas e exames em simultâneo, pelo que é imperativa a eficácia da organização, do trabalho em equipa e da comunicação, de forma a uniformizar procedimentos, com responsabilidades definidas para cada profissional. Assim, mais uma vez, neste último campo de estágio, encontrei um forte espírito de equipa e entre ajuda, com uma componente relacional significativa, reforço das redes de comunicação e respeito dos papéis individuais e coletivos.

Desenvolver um trabalho partilhado, coeso, com base no respeito das suas competências e dos demais permite uma melhoria significativa da prática de

cuidados e uma valorização crescente da enfermagem enquanto profissão com um sólido corpo de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais.

Todo e qualquer percurso de aprendizagem compreende dificuldades e limitações, e ainda bem que assim o é; compete ao estudante reconhecer as limitações, trabalhá-las e identificar estratégias para as ultrapassar.

Se nos estágios de SU e PH as principais dificuldades se prenderam com o vivenciar de situações complexas, em UCI não o senti de igual forma. As dificuldades incidiram sobretudo, nos primeiros turnos, na adaptação a novos equipamentos, sistema informático e identificação de alarmes sonoros, o que foi colmatado com as horas decorridas em estágio.

O estágio decorreu de forma muito fluída e satisfatória, com a observação de diferentes métodos de trabalho e análise que pude transportar para a minha prática diária. Desenvolvi a minha capacidade relacional com os doentes e familiares num *continuum* de sofrimento, não registando limitações ao nível da comunicação (antes pelo contrário); a experiência prévia na área, aliada à evidência consultada e o trabalhar das estratégias de comunicação fez-me sentir segurança nos cuidados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que a transformação das experiências do estágio em novos saberes e conhecimentos não é uma tarefa simples, com a realização deste mestrado propus-me desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva. O presente relatório espelha assim o culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, que permitiu a mobilização de conhecimentos, aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especializada na área da PSC, dando resposta aos objetivos propostos pela ESEL para o segundo ciclo de estudos, condcente ao grau de mestre em enfermagem.

Importa ressaltar que o percurso de especialização foi constituído por momentos de aquisição e desenvolvimento de competências teóricas, científicas, técnicas, éticas e relacionais, promovendo o espírito crítico e a reflexão em instrumentos necessários ao desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, suportada em evidência própria que lhe confere identidade e rigor enquanto ciência e disciplina.

Como demonstrado no presente relatório, a crescente evolução tecnológica, aliada ao grau de dependência extrema que os episódios de doença aguda grave causam na PSC, conferem-lhe um risco acrescido de possível dano ou prejuízo, o que a torna vulnerável (Neves, 2006). Esta vulnerabilidade, fortemente influenciada pela própria condição de doença, pelo ambiente em que a pessoa se insere e pelos recursos existentes, pode manifestar-se de forma física, psicológica ou social (Rogers, 1997; Scanlon & Lee, 2007), conduzindo a complicações graves com impacto na recuperação imediata e tardia.

A amplitude do conceito de vulnerabilidade confere-lhe algum grau de subjetividade; contudo, é indiscutível que o doente crítico a experiencia de forma acrescida, dada a dependência extrema em que se encontra.

A vulnerabilidade da PSC na perspetiva do enfermeiro especializado foi desde cedo uma área que me motivou a ir mais longe. Olhar a vida e as experiências menos positivas da saúde do outro, entra facilmente na escolha seletiva do que os profissionais de saúde querem ou não guardar em memória. Posteriormente, a rotina conduz a que, inconscientemente, deixem de atribuir a importância devida às situações graves, de dor e sofrimento profundo do outro. Mas, quando passa para o outro lado da tela, a imagem muda, as prioridades alteram-se e as posturas

adequam-se numa solidariedade de sentimentos. Compreender a experiência do outro perante a doença grave deve constituir uma prioridade do enfermeiro, num sentido crítico, flexível e com base no respeito pela dignidade humana.

A literatura consultada constituiu um ponto de ancoragem importante para a intervenção sobre os fatores de vulnerabilidade acrescida. Aliado a isto, aprender a encontrar o outro em diferentes estadios de vulnerabilidade requer abertura e exige uma aprendizagem experiencial, como Benner (2001) teoriza.

Desenvolver competências torna as nossas ações cada vez mais intuitivas (Benner, 2001). Intuição fundamental para que nos apercebamos de todos os aspetos que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico, o que só é possível quando nos consciencializamos do doente na sua globalidade, emergindo uma aproximação holística, de confiança e de cumplicidade. Foi exatamente o que permitiu o estágio nos campos escolhidos – a observação direta e atenta dos diferentes níveis de vulnerabilidade, dirigindo intervenções especializadas.

Neste sentido, associo o meu percurso de desenvolvimento de competências de EE a Hesbeen quando este assume que “tudo aquilo que é vivido, no dia-a-dia, por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades. Pelo que requer esforço de reflexão” (Hesbeen, 2001, p.64).

Desta forma, assumo que atingi as competências específicas propostas pela OE (2011) para o enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, demonstrando simultaneamente o desenvolvimento de competências preconizadas para o 2º ciclo de estudos em enfermagem.

Concluo esta fase de aprendizagens como uma pessoa e profissional diferente, mais atenta, crítica e com motivação para investir cada vez mais na investigação da experiência do doente como um importante instrumento de compreensão das práticas e melhoria da qualidade dos cuidados.

A operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode fomentar uma renovação das práticas. Importa que a profissão desenvolva o seu domínio de conceitos e compreenda o verdadeiro significado como um princípio ético, subjetivo, multidimensional e fortemente permeável às circunstâncias do ambiente de cuidados, com um importante impacto na vida da pessoa.

Durante este percurso académico tirei partido de diferentes possibilidades para disseminar a importância do conceito de vulnerabilidade no contexto da enfermagem, assim como das intervenções que contribuem para a minorar. Senti elevada receptividade ao tema tanto por parte das comissões científicas como dos

conferencistas com que partilhei as minhas reflexões. Além do já referido, o *abstract* “Nursing Caring of Vulnerable Patients in Emergency Situations: What Does the Evidence Say?” foi aceite para comunicação em *poster* no 4.º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (Anexo IV).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & Mcvey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(2), 114–122.
- Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and Lung*, 31(1), 67–75.
- Barros, P., Fragata, J., Santos, S., Ferreira, S., Bilbao, M., Fragata, I., & França, M. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 205–214.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Biondi-Zoccai, G., Landoni, G., Zangrillo, A., Agostoni, P., Sangiorgi, G., & Modena, M. G. (2011). Use of the LUCAS mechanical chest compression device for percutaneous coronary intervention during cardiac arrest: is it really a game changer? *HSR Proceedings in Intensive Care & Cardiovascular Anesthesia*, 3(3), 203–5.
- Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients – A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 1–8.
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living caring in practice: the transformative power of the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Canale, S. (2005). Wrong-site surgery: a preventable complication. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 433, 26–9.
- Cancio, L. C., Barillo, D. J., Kearns, R. D., Holmes, J. H., Conlon, K. M., Matherly, A. F., ... Palmieri, T. (2017). Guidelines for Burn Care under Austere Conditions: Surgical and Nonsurgical Wound Management. *Journal of Burn Care and Research*, 38(4), 203–214.

- Carel, H. (2009). A reply to "Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability" by Derek Sellman: vulnerability and illness. *Nursing Philosophy*, 10, 214–219.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. (2^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Copp, L. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255–63.
- Coster, S., Norman, I., Murrells, T., Kitchen, S., Meerabeau, E., & Sooboodoo, E. (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1667–1681.
- Cousley, A. (2015). Vulnerability in perioperative patients: a qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*, 25(12), 246–256.
- Deodato, S. (2008). *responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Disponível em: <http://www.dges.gov.pt/pt>.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. Latino-Americano Enfermagem*, 11(3), 371–375.
- Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - Normas APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/F73BBE62-0B22-4C69-B0F4-AD0D77E0CF07/0/GuiaOrientadorvs2017_2501.pdf
- Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18, 80–88.
- Hansagi, H., Allebeck, P., Edhag, O., & Magnusson, G. (1990). Frequency of emergency department attendances as a predictor of mortality: nine-year follow-up of a population-based cohort. *Journal of Public Health Medicine*, 12(1), 39–44.
- Hansagi, H., Edhag, O., & Allebeck, P. (1991). High consumers of health care in emergency units: how to improve their quality of care. *Quality Assurance in Health Care*, 3(1), 51–62.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusodidacta.
- Irurita, V. (1999). The problem of patient vulnerability. *Collegian*, 6(1), 10-15.

- Kéroutac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. (Maloine, Ed.). Québec.
- Kilner, E., & Sheppard, L. A. (2009). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18, 127–137.
- Locsin, R. (1995). Machine technologies and caring in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203.
- Locsin, R. (2001). The culture of technology : defining transformation in nursing , from “ The Lady with a Lamp ” to “ Robonurse ”? *Holistic Nursing Practice* 16(1), 1–4.
- Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing - A model for practice*. Indianapolis: S. T. T. International.
- Locsin, R. (2013). Technological competency as caring in nursing: maintaining humanity in a high-tech world of nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160–164.
- Malone, R. (2000). Dimensions of vulnerability in emergency nurses’ narratives. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 1–11.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mendes, J. (2006). Relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Informar*, 36, 71–77.
- Ministério da Saúde. Despacho n.º 5561/2014 (2014). Atividade de emergência médica. *Diário da República: 2.ª série*, N.º 79, 11123-11124
- Mitchel, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 66 May(5), 1059–1071.
- Neves, M. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2(2), 157–172.
- Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., & Fracolli, L. (2008). The use of vulnerability concept in the nursing area. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16(5), 923–8.
- O’Brien, J.-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients. *Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 216–224.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro*

no pré-hospitalar. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao17jan2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº.122/2011 (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.^a série. Nº 35, 8648-8652.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº. 124/2011 (2011) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.^a série Nº 35, 8656-8657.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - recomendações* (CELOM). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura. (2005/2006). Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris: UNESCO.

Papp, I., Markkanen, M., & von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), 262–268.

Profetto-McGrath, J., Negrin, K., Hugo, K., & Smith, K. (2010). Clinical nurse specialists' approaches in selecting and using evidence to improve practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(1), 36–50.

Purdy, I. B. (2004). Vulnerable : a concept analysis. *Nursing Forum*, 39(4), 25–33.

Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interacção no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições.

Redley, B. (1996). Families with a critically ill person in the emergency department: A background. *Australian Emergency Nursing Journal*, 1(1), 30–35.

Roe, E. (2012). Practical Strategies for Death Notification in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 130–134.

Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72.

Romanzini, E. M., & Bock, L. F. (2010). Conceptions and Feelings of Nurses Working in Emergency Medical Services about their Professional Practice and Training. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 240–246.

Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica : a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.

Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59.

Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human

- vulnerability. *Nursing Philosophy*, 6(1), 6–10.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*, (6ª ed.). Loures: Lusodidacta
- Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the US. *Social Science & Medicine*, 53, 519–529.
- Shoenberger, J. M., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *WestJEM* 14(2), 14(2), 181–185.
- Siegele, P. (2009). Enhancing outcomes in a surgical intensive care unit by implementing daily goals tools. *Critical Care Nurse*, 29(6), 58–71.
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 715–721.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2010). *Critical care nursing: diagnosis and management* (7ª). Missouri: Elsevier.
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422–429.
- Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department-A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 714–722.
- World Health Organization. (2002). Environmental health in emergencies. Disponível em: www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

APÊNDICES

APÊNDICE I

Protocolo da RIL - Intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, em emergência e reanimação

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA DIMINUIÇÃO DA VULNERABILIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Revisores:

Marta Soares Pacheco¹ | Maria Teresa Leal²

¹Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na escola Superior de Enfermagem de Lisboa (mpacheco@campus.esel.pt)

²Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Orientadora do Projeto de estágio (tleal@esel.pt)

Instituição onde é conduzida a revisão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Resumo

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica (PSC) tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, essencialmente devido ao importante investimento tecnológico aplicado na área. São contextos particularmente confusos e ruidosos onde há tendência para que os enfermeiros enfatizem a componente técnica, descurando a componente relacional e a resposta às necessidades biopsicossociais da pessoa em contexto de emergência e reanimação. A vulnerabilidade surge nestes ambientes como uma condição a valorizar por parte dos enfermeiros, melhorando experiências, expectativas e aumentando os *outcomes* positivos no processo de reanimação e valorização da profissão.

Objetivo: Elaborar o protocolo de uma revisão integrativa da literatura que permita a identificação e análise da evidência existente relativa às intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em contexto de emergência e reanimação.

Desenho da revisão: Revisão integrativa da literatura

Metodologia da revisão: A revisão integrativa irá avaliar e sintetizar estudos qualitativos e quantitativos baseados na evidência, obtidos através de uma pesquisa sistemática. Os estudos serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão. A colheita de dados, avaliação da qualidade e análise do nível de evidência será conduzida por dois revisores e as bases de dados MEDLINE e CINAHL serão recurso de pesquisa, bem como a literatura cinzenta disponível.

Discussão: A revisão irá analisar experiências de doentes adultos em contexto de urgência, integrando salas de emergência/trauma e pré-hospitalar. A análise das experiências, e da forma como os doentes percecionaram os cuidados de enfermagem em momento de grande ansiedade e risco de vida, permitirá compreender as principais necessidades de cuidado na diminuição da sua vulnerabilidade. A revisão identificará barreiras ao cuidar e intervenções de enfermagem que promovam um sentimento de bem-estar e segurança em emergência e reanimação.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica, emergência, cuidado de enfermagem, satisfação do doente, diminuição da vulnerabilidade.

Introdução

É unânime e inquestionável afirmar que cuidar é um conceito chave da enfermagem, transversal a todas as áreas. Inicia-se no primeiro contacto do enfermeiro com o doente e permite dar resposta às necessidades biopsicossociais da pessoa.

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico, nomeadamente, nas unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, essencialmente devido ao importante investimento tecnológico feito na área. São contextos particularmente confusos e ruidosos onde

os cuidados de enfermagem associam-se à tecnicidade e agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe acções complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros (Sá, Botelho, & Henriques, 2015)

A necessidade emergente de estabilização da PSC, a substituição de órgãos *major* e a necessidade de uma vigilância constante requer a presença de profissionais competentes, experientes e dotados de uma capacidade de adaptação a situações adversas. No entanto, as competências técnicas e de reanimação não

devem ser únicas nestes contextos de cuidados, onde ocorre muitas vezes o primeiro contacto entre o enfermeiro e o doente e se inicia uma relação de cuidar.

Copp (1986) assume que quando as situações de vida saem do nosso controle com ameaça à saúde, a condição de vulnerabilidade emerge, num desequilíbrio entre a exposição ao risco e a capacidade de autoproteção. Desta forma, dadas as suas implicações para a saúde, assume-se como um conceito chave para a enfermagem (Spiers, 2000).

A World Health Organization define vulnerabilidade como “grau de incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças/acidentes” (World Health Organization, 2002, s.p.). Purdy (2004) acrescenta que é um processo dinâmico e permeável às circunstâncias que influenciam positiva ou negativamente o modo como cada pessoa concretiza os seus objetivos. Influenciada por fatores pessoais e ambientais, gera *stress* e ansiedade, como algo subjetivo e não estanque, variando de pessoa para pessoa (Scanlon & Lee, 2007; Shi, 2001). É ainda considerada uma barreira aos *outcomes* positivos do doente e admite-se que a maioria das pessoas irá experienciar este fenómeno quando em contexto de hospitalização (Mitchel, 2010). Sellman (2005) refere também que a pessoa que necessita de cuidados de saúde apresenta-se mais vulnerável pois está exposta a inúmeros fatores de risco, pelo que a sua capacidade de autoproteção está comprometida.

Em contexto de emergência ou reanimação, a vulnerabilidade aumenta exponencialmente, dado o grau de exposição corporal, a dor, a incapacidade de cuidar de si mesmo, a ausência de controlo sobre a situação e o medo do desconhecido - fatores que colocam a pessoa numa situação de fragilidade e incerteza.

Em serviços de urgência, pré-hospitalar e unidades de cuidados intensivos, as competências técnicas tendem a sobrepor-se às competências relacionais e a necessidade emergente de estabilizar a PSC, pode conduzir os profissionais a não atribuírem a devida importância à componente psicológica e emocional, diminuindo assim a capacidade de colaboração do doente e contribuindo para uma experiência mais hostil.

As necessidades da PSC em emergência e reanimação são subjetivas. Um estudo de O’Brien & Fothergill-Bourbonnais (2004), realizado num serviço de urgência canadiano, mostrou que as condições organizacionais (equipa organizada e eficiente) e a relação empática em sala de emergência foram os principais fatores

associados à sensação de segurança e bem-estar por parte dos doentes. Significativo número referiu preferir a presença de um profissional competente ao invés de um familiar no momento da reanimação. Os doentes descrevem ainda que intervenções *low-tech*, como o toque ou repetidamente dizer que a pessoa vai ficar bem (e a forma como o fazem) diminuiu significativamente a vulnerabilidade.

Gordon, Sheppard, & Anaf (2010) identificaram o cuidado, ou falta do mesmo, como a problemática com maior ênfase na experiência vivida em contexto de emergência. Foi valorizada uma vez mais a competência técnica e o cuidado de enfermagem, com referência à abordagem dos profissionais, à explicação dos procedimentos e ao adequado acolhimento num ambiente de *stress*.

A bibliografia evidencia que é possível aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nestes contextos, numa “conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá et al., 2015), diminuindo a condição de vulnerabilidade e fomentando a sensação de segurança, bem-estar e homeostasia possível em ambiente de urgência, através de intervenções relacionais autónomas (quer com o doente ou com a família).

Importa que o enfermeiro reconheça as manifestações da vulnerabilidade acrescida e se antecipe, fortalecendo a pessoa no momento.

Desenvolver o conhecimento e as competências de enfermagem especializadas assume um papel fulcral na diminuição da vulnerabilidade em emergência e reanimação, explorando intervenções e estratégias de adaptação. Intervir de forma especializada e crítica vai permitir aumentar níveis de satisfação, promover a colaboração do doente, dar visibilidade à profissão, sensibilizar para a importância do tema e reconhecer o “cuidado tecnológico como uma expressão do cuidar” (Locsin, 2005) e não como um cuidado em si mesmo.

Objetivo

O objetivo do presente protocolo de revisão integrativa da literatura é identificar e analisar a evidência existente relativa às intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em contexto de emergência e reanimação.

Questão da revisão

Quais as intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da vulnerabilidade da PSC, em emergência e reanimação?

- P** – Pessoa em situação crítica
- I** – Intervenções de enfermagem
- C** – Emergência e reanimação
- O** – Diminuição da vulnerabilidade

Desenho do estudo

Critérios de inclusão:

Tipo de participantes:

A revisão terá em consideração todos os estudos que incluam adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) em situação crítica, admitidos em sala de reanimação ou assistidos por equipas de pré-hospitalar, conscientes, com um *score* de Coma de Glasgow superior a 13 e sem alterações cognitivas de base, que limitem a perceção e a comunicação com o investigador.

Tipo de intervenção/ Conceito:

A revisão considerará todos os estudos encontrados onde seja feita referência à experiência de vulnerabilidade ou sentimento de satisfação em emergência e reanimação, bem como aos fatores que os influenciam e intervenções de enfermagem sugeridas para a promoção da melhoria dos cuidados em serviço de urgência e pré-hospitalar.

Tipo de resultados:

A revisão incluirá todos os estudos que forneçam experiências pessoais e/ou intervenções de enfermagem que contribuam para a minimização do sentimento de vulnerabilidade da PSC em emergência e reanimação.

Critérios de exclusão:

Serão excluídos todos os artigos sem texto integral e/ou *abstract* disponível e não publicados em inglês ou português.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa tem como objetivo identificar estudos publicados nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, embora possam ser incluídos outros artigos encontrados manualmente que cumpram os critérios. Inicialmente serão introduzidos nas bases de dados os termos de pesquisa em linguagem natural, para a identificação dos termos de indexação em cada base de pesquisa individualmente.

As palavras-chave consideradas serão:

Tabela 1. Palavras-chave a integrar na pesquisa segundo a questão PICO.

População (P)	Intervenção (I)	Contexto (C)	Outcome (O)
- Pessoa em Situação crítica - Doente emergente	- Intervenções de enfermagem	- Serviço de Urgência - Sala de emergência - Reanimação - Pré-hospitalar	- Diminuição da vulnerabilidade - Sentimento de segurança e bem-estar - Experiência do doente - Qualidade de cuidados
- Critically ill patient - Emergency patient	- nurs*	- Acute care - Emergency service - Emergency room - Emergency unit - Resuscitation - Prehospital care	- Vulnerability - Patient satisfaction - Patient well-being - Patient experience - Quality of health care

Identificados os termos de indexação, procede-se à pesquisa, utilizando a linguagem natural e os termos indexados em cada base de dados individualmente.

Tabela 2. Palavras-chave a integrar na pesquisa em linguagem natural e respetivos termos indexados em cada base de dados a considerar.

	Linguagem natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	MEDLINE
População (P)	Critically ill patient Emergency patient	Critically ill Emergency patient	Critical illness
Intervenção (I)	Nursing care Nursing Interventions	Nurs*	Nurs*
Contexto (C)	Acute care Emergency service Emergency room Emergency unit Resuscitation Prehospital care	Emergency service Acute care Prehospital care	Emergency service
Outcome (O)	Vulnerability Patient satisfaction Patient well-being Patient experience Quality of health care	Vulnerability Patient satisfaction Quality of health care	Patient satisfaction Quality of health care

Método de seleção de artigos

Após o resultado do cruzamento das palavras-chave/descriptores específicos serão eliminados os artigos repetidos. Dois revisores da pesquisa excluirão posteriormente os restantes artigos, quer pelo *abstract*, quer pelo título, por não se enquadrarem no tema em estudo. O consenso entre os revisores independentes determinará a seleção dos potenciais documentos relevantes para elegibilidade.

De seguida, a leitura integral dos documentos selecionados, por parte de um revisor, permitirá a verificação da relevância e adequação, individualmente, tendo em conta os critérios de inclusão, de exclusão e a questão da revisão. O segundo revisor verificará a seleção para inclusão.

Método de avaliação da qualidade e nível de evidência

Todas as revisões incorporam um processo crítico de avaliação do nível de evidência. O objetivo desta avaliação é aferir a qualidade metodológica do estudo e determinar em que medida a pesquisa contemplou a possibilidade de viés na sua conceção, metodologia e análise. Todos os documentos selecionados para inclusão na revisão serão sujeitos a uma avaliação rigorosa por parte de dois revisores. Para aceder à qualidade metodológica dos estudos, será utilizada a ferramenta *Critical Appraisal Tool* (The Joanna Briggs Institute, 2016). Para cada estudo selecionado proceder-se-á ao preenchimento de uma *checklist* e atribuição de um nível de qualidade que pode variar de 1 a 10 (The Joanna Briggs Institute, 2013).

Extração de dados

Síntese e apresentação de resultados:

Para a apresentação dos resultados da revisão será elaborado um diagrama segundo a PRISMA (2009) (Figura 1) e uma tabela de caracterização dos artigos, onde constem os seguintes dados: título do documento, autor(es) e ano de publicação, características metodológicas, nível de evidência, qualidade do estudo, objetivos, resultados/conclusões, limitações e recomendações.

Um dos revisores da pesquisa procederá à extração dos dados e o segundo revisor confirmará a exatidão e integridade da extração.

Discussão

A presente revisão integrativa da literatura vai analisar experiências de PSC em emergência e reanimação, identificando as suas principais necessidades e o que mais valorizaram ou desvalorizaram durante todo o processo de reanimação.

O enquadramento teórico do protocolo fornece uma fundamentada apresentação do problema e a relevância para a prestação de cuidados de enfermagem. Os critérios de inclusão e exclusão estão definidos, bem como o tipo de estudos e informação que se pretende alcançar. A metodologia descreve claramente o processo de pesquisa, bem como a posterior seleção e análise dos dados disponíveis.

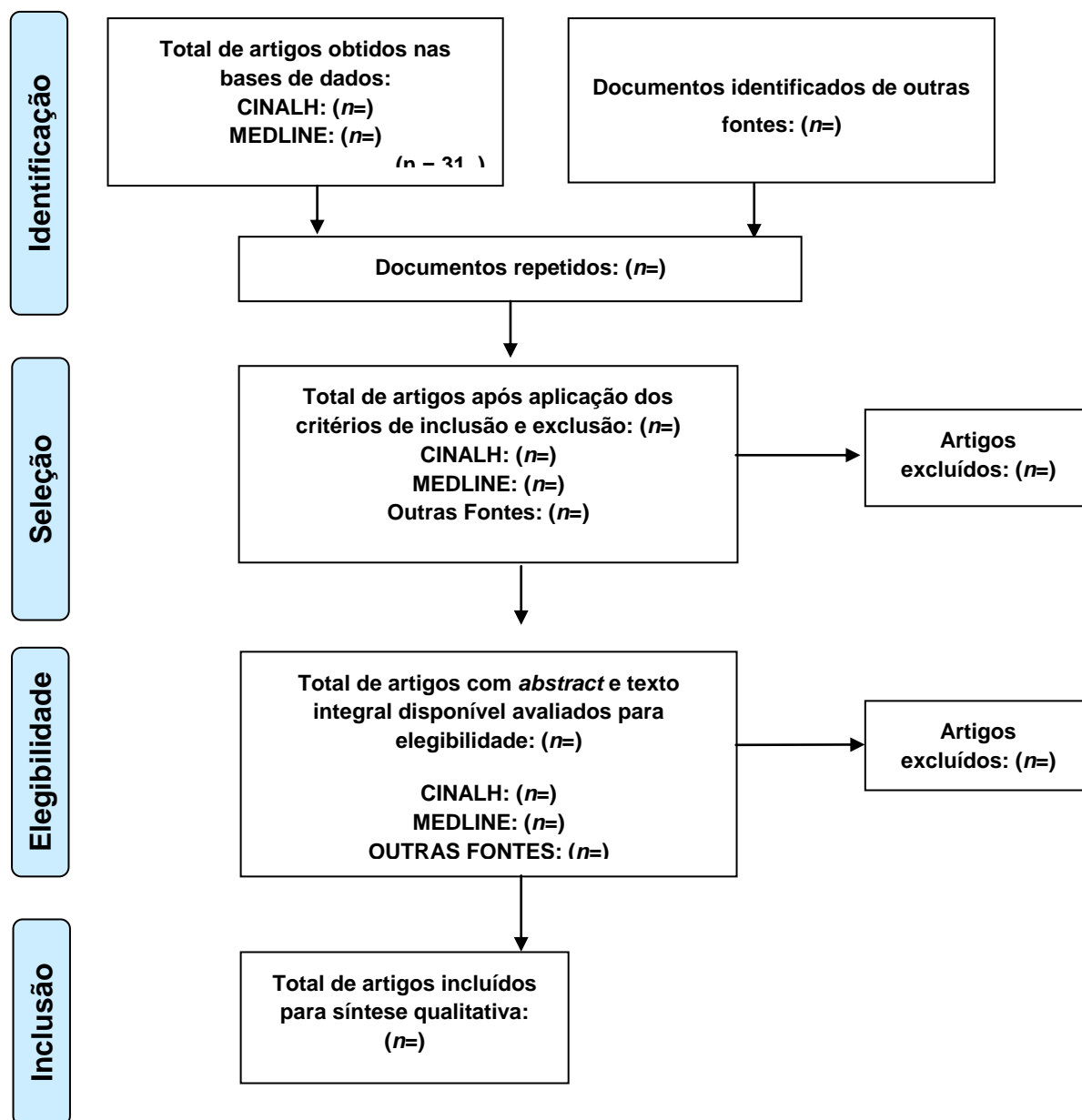


Figura 1. PRISMA FLOW DIAGRAM - Obtenção dos estudos finais

Os resultados da revisão terão um papel importante na medida em que constituem uma implicação para a saúde, para o bem-estar e diminuição da vulnerabilidade e ansiedade da pessoa em situação crítica. Terão igualmente implicação para os cuidados de enfermagem, para a prática clínica e sensibilização do tema dentro das equipas multidisciplinares.

Limitações

A reduzida evidência disponível nos últimos anos pode ser identificada como uma limitação na revisão.

Conclusão

A crescente complexidade técnica dos cuidados de enfermagem tem o potencial de exacerbar a separação do corpo do indivíduo, o que pode conduzir os profissionais de saúde a tratar a doença como uma entidade em si (Knaus et al, 1991, citado por Scanlon & Lee, 2007) em vez de a pessoa como um todo. É consensual que não são apenas as necessidades fisiológicas que estão em causa em contexto de emergência. Compreender as experiências de cuidados de ambos os intervenientes no processo permitirá identificar as necessidades biopsicossociais da PSC.

A revisão identificará motivos e intervenções promotoras do aumento ou da diminuição da vulnerabilidade na PSC, no contexto em estudo. As barreiras a este cuidado centrado na pessoa, bem como as intervenções sugeridas para aumentar *outcomes* no momento de crise e ansiedade serão identificadas e analisadas.

Agradecimentos

A presente revisão é parte integrante de um projeto de estágio, no âmbito do Mestrado em enfermagem, com área de especialização em PSC e constituiu um desafio às competências da aluna e autora. São dirigidos agradecimentos à professora Maria Teresa Leal (orientadora do projeto de estágio e segundo elemento da revisão) pela partilha dos seus conhecimentos e orientação.

Conflitos de interesses

Não existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Copp, L. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255–63.
- Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18, 80–88.
- Locsin, R. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing - A model for Practice*. (S. T. T. International, Ed.). Indianapolis.
- Mitchel, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 66 May(5), 1059–1071.
- O'Brien, J.-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients. *Journal of emergency nursing*, 30(3), 216–224.
- Prisma (2009). Prisma Flow diagram. Consultado em 22 de julho 2017 em <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable : A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 39(4), 25–33.
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.
- Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59.
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy*, 6(1), 6–10.
- Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the US. *Social Science & Medicine*, 53, 519–529.
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 715–721.
- The Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. Adelaide. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2016). Critical Appraisal Tools. Consultado em 22 de julho 2017, em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- World Health Organization. (2002). Environmental health in emergencies. Disponível em: www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

APÊNDICE II

Apresentação PowerPoint da formação “Terapia de Alto Fluxo – uma realidade no serviço de urgência?”



Marta Soares Pacheco
Mestranda Pessoa em Situação Crítica

Terapia de Alto Fluxo

Uma realidade no Serviço de Urgência?

Dezembro 2017

Sumário da sessão:

- Dar a conhecer a Terapia de Alto Fluxo por cânula nasal
 - O equipamento;
 - Principais características;
 - Mecanismo de acção;
 - Indicações terapêuticas;
 - Contra-indicações
- Enumerar os outcomes
- Apresentar as Intervenções de Enfermagem

Contextualização histórica

1987

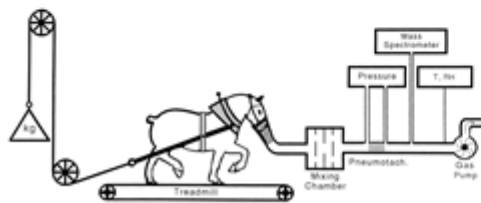
Oxygen Enrichment Company (Maryland) introduziu um equipamento que conseguia fornecer um fluxo de O₂ superior a 20L/min à temperatura corporal e que promovia a clearance mucociliar na fibrose quística.

1989

Um novo modelo foi criado para aplicação em cavalos de corrida de forma a prevenir o edema de esforço e a hemorragia alveolar

1997

Adaptação para o uso humano (adulto e criança)



Terapia de Alto Fluxo (High Flow Nasal Cannula - HFNC) O Dispositivo

Permite o fornecimento de oxigénio aquecido e humidificado com fluxos até 60L/min com uma concentração inspirada modificável até 100%.



Terapia de Alto Fluxo (High Flow Nasal Cannula - HFNC)



Suporte de oxigenação para o doente crítico em Insuficiência Respiratória Parcial
 Simples e com excelente tolerância
 Aplicabilidade em neonatologia, pediatria e adulto
 Fácil de transportar
 Modo de acção original.



Terapia de Alto Fluxo (High Flow Nasal Cannula - HFNC)

O objectivo de um suporte ventilatório é manter uma adequada ventilação e oxigenação pulmonar e tecidual, através da aplicação de uma pressão positiva.
 Receber o oxigénio e expelir o CO₂ produzido.

Em doentes com DPOC agudizada e em insuficiência respiratória global a VMNI mostrou ser a modalidade ventilatória de eleição, uma vez que exerce uma pressão "bilevel" positiva programada, aumenta o volume corrente (VT), promovendo uma adequada ventilação alveolar.
 Evita (re)intubações e aumenta os *outcomes*.
 Permite assistência ventilatória

Mas qual a principal desvantagem da VMNI???
 O INTERFACE E A ADAPTAÇÃO DOENTE/PRÓTESE



A CÂNULA
NASAL DE
TERAPIA DE
ALTO FLUXO



Eficaz
Eficiente
Conforto do doente



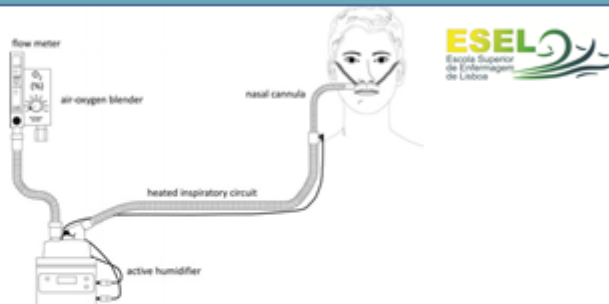
Terapia de Alto Fluxo O Dispositivo

Fonte de oxigénio
Fonte de ar comprimido

Misturador de ar/oxigénio
Humidificador aquecido
Circuito único
Cânula nasal

A temperatura é ajustada
dos 34 aos 37°C. Medida em
dois pontos do circuito.

No misturador a fracção
inspiratória de O₂ (FiO₂) é
ajustada dos 0,21 - 1,0 num
fluxo até 60L/min.



Exemplo: doente com 35L/min, com FiO₂ de 60% - este doente está a fazer 60% de Oxigénio dos 35L que estão a circular dentro do misturador. Os restantes 40% são ar comprimido. Num máximo, um doente pode fazer até 100% de 60L/min.

Fidedigno!
Conhecemos o real valor de FiO₂ administrado

Terapia de Alto Fluxo (High Flow Nasal Cannula - HFNC)



Terapia de Alto Fluxo

Principais Características

HUMIDIFICAÇÃO

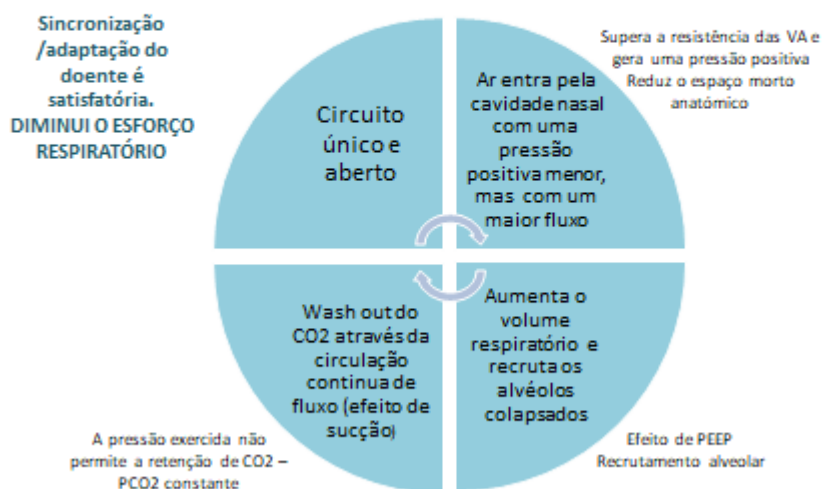
Os habituais dispositivos geram secura das mucosas oral e nasal, irritação ocular, trauma da pirâmide nasal, distensão gástrica e risco de aspiração. Na terapia de alto fluxo o ar é aquecido e humidificado, com uma **menor resposta fisiológica** do pulmão a um agente novo.

FLUXO

Oxigenação é melhorada pela quantidade de FLUXO de O₂ que entra na nasofaringe – fluxo que preenche todo o espaço e que pela grande movimentação do ar vai chegar às zonas mais terminais. Preenche toda a zona até à glote criando um efeito de sucção.

Terapia de Alto Fluxo

Mecanismo de Acção...



Terapia de Alto Fluxo

Mecanismo de Ação...

EFEITOS FISIOLÓGICOS / BENEFÍCIOS.



- ✓ CRIA UM BAIXO NÍVEL DE PRESSÃO POSITIVA NAS VIAS AÉREAS, mas com um fluxo superior;
- ✓ MELHORA A FUNÇÃO MUCOCILIAR;
- ✓ FACILITA A ELIMINAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS;
- ✓ REDUZ O ESPAÇO MORTO ANATÔMICO;
- ✓ REDUZ A RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS – supera-a;
- ✓ AUMENTA O VOLUME PULMONAR NO FINAL DA INSPIRAÇÃO;
- ✓ AUMENTA A CAPACIDADE RESIDUAL FUNCIONAL;
- ✓ DIMINUI O APARECIMENTO DE ATELECTASIAS;
- ✓ REDUZ A FR NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA;
- ✓ MELHORA A RELAÇÃO VENTILAÇÃO/PERFUSÃO E OXIGENAÇÃO.

Terapia de Alto Fluxo

Indicações terapêuticas

Hipoxémia
Hipercápnia (até 50mmHg com pH normal)
Pré-entubação
Pós-extubação/extubação precoce
Asma aguda
Falência cardíaca
Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)
Situações em contexto de Serviço de Urgência – antes de avançar para EOT
Procedimento invasivos (broncofibroscopia)
Cuidados paliativos
DPOC/Enfisema pulmonar

Crítérios:

FR >25cpm ou SDR;
SatO₂ <92% com aporte de O₂ por máscara com FiO₂ de 40%;
Score Coma de Glasgow >12 (exige drive respiratório e não protege a VA)

Terapia de Alto Fluxo

Contra-Indicações...

Entubação traqueal urgente

Edema agudo do pulmão

Instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte vasopressor com Noradrenalina, Adrenalina (0,1mcg/kg/h) ou Dopamina (5mcg/kg/h)

Recusa do doente

Alterações anatómicas que impeçam a adaptação do interface (ex: trauma facial, tamponamento nasal)

Terapia de Alto Fluxo

Montagem e adaptação...

Montar o circuito (fonte → humidificador → cânula nasal);

Conectar a água destilada ao humidificador;

Programar a temperatura para 37°C;

Adaptar a cânula nasal ao doente;

Iniciar terapia a 35L/min e progredir até ao máximo de 60L/min - cada 10L/min corresponde a 1cmH₂O de pressão positiva nas vias aéreas;

Para atingir o fluxo inicial (35L/min) começar com fluxos baixos (5L/min) e aumentar em poucos minutos para melhor adaptação do cliente;

Ajustar o FiO₂ para SpO₂ alvo >92%;

Monitorizar: SpO₂, FR, FC, SDR, trabalho respiratório (uso de musculatura acessória), PA, valores gasimétricos (pré HFNC, 1h após HFNC e sempre que a situação clínica justifique)

Terapia de Alto Fluxo

Desmame...

Reduzir inicialmente o FiO2 e só depois o fluxo;

Quando reduzido o FiO2 até aos 40%, iniciar redução progressiva do fluxo, decrescendo 5L/min de cada vez;

Vigiar a evolução clínica e parâmetros fisiológicos.



Terapia de Alto Fluxo

Outcomes...

Resultado Esperado → MELHORIA DO PADRÃO VENTILATÓRIO DO DOENTE

CONFORTO

PERFIL VENTILATÓRIO EFICAZ

COMUNICAÇÃO ORAL

NUTRIÇÃO

CLEARANCE MUCOCILIAR - MOBILIZAÇÃO DE SECREÇÕES

COLABORAÇÃO EM CINESITERAPIA/FISIOTERAPIA

MOBILIZAÇÃO PRECOCE (LEVANTE)

INTEGRIDADE DA MUCOSA NASAL/ORAL

DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE/SOFRIMENTO DO DOENTE E FAMÍLIA

MENOR RISCO DE INFECÇÃO

REDUÇÃO DA MORBILIDADE, MORTALIDADE

REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAMENTO / CUSTOS ASSOCIADOS

Ganhos em saúde!

Principal desvantagem

CUSTO?

RUÍDO!

Atinge cerca dos 80dB (proporcionais ao fluxo administrado)

Terapia de Alto Fluxo

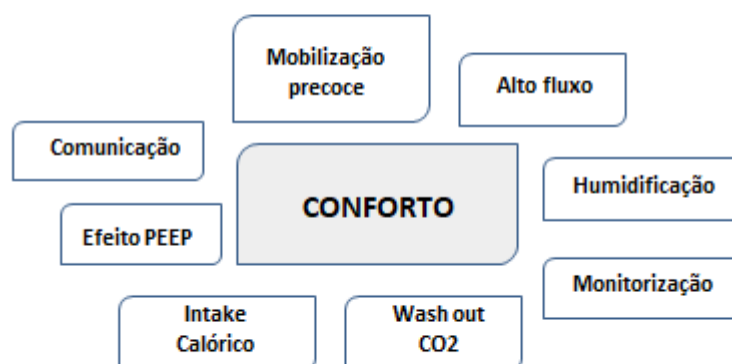
Intervenções de Enfermagem...

INFORMAR ACERCA DO DISPOSITIVO E A SUA FUNÇÃO NO PADRÃO RESPIRATÓRIO
ASSEGURAR CORRECTA MONTAGEM E ADAPTAÇÃO DO SISTEMA AO DOENTE
MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA
AVALIAR O CONFORTO
PROMOVER UM AMBIENTE CALMO E SEGURO
AVALIAR A DOR (ESCALA NUMÉRICA DA DOR)
AVALIAR ESTADO CONSCIÊNCIA (ESCALA DE COMA DE GLASGOW)
VIGIAR INTAKE CALÓRICO
DESPISTAR NÁUSEAS E VÓMITOS
DESPISTAR DISFONIA
VIGIAR A INTEGRIDADE DA MUCOSA NASAL
ASSEGURAR A PERMANÊNCIA CONSTANTE DE ÁGUA NO FORNECIMENTO DO HUMIDIFICADOR
INCENTIVAR À MOBILIZAÇÃO PRECOCE
PROMOVER A AUTONOMIA DO DOENTE



Terapia de Alto Fluxo

Em Suma...



Terapia de Alto Fluxo

Questões?



OBRIGADA



Terapia de Alto Fluxo

Referências bibliográficas:

- Branso, R., et al. (2012) Trends in Noninvasive Respiratory Support: Continuum of Care, *Clinical Foundations*,
- Dysart, K., et al. (2009) Research in High Flow Therapy: Mechanisms of action, *Respiratory Medicine* 103,
- Frat, J., et al. (2015) High Flow Oxygen through Nasal Cannula in Acute Hypoxemic Respiratory Failure, *The New England Journal of Medicine*, vol.372, N°23;
- Gótera, C., et al. (2013) Clinical Evidence on High Flow Oxygen Therapy and active humidification in adults, *Revista Portuguesa de Pneumologia* 14
- Miller, K. (2013) High Flow Oxygen: Does it make a difference?, *RT Magazine*
- Milési, C., et al. (2014) High Flow Nasal Cannula: recommendations for daily practice in pediatrics, *Annals of Intensive Care* 4:29;
- Nishimura, M. (2015) High Flow Nasal Cannula Oxygen therapy in adults, *Journal of Intensive Care* 3:15;
- Roca, O., et al. (2010) High Flow Oxygen Therapy in Acute Respiratory Failure, *Respiratory Care* vol.55, N° 4,
- Stéphan, F. et al. (2015) High Flow Oxygen vs Noninvasive Positive airway Pressure in Hypoxemic Patients After Cardiothoracic Surgery – a Randomized Clinical Trial, *Respiratory Care* vol.59, N° 2
- Vedes, E. (2016) Protocolo para Instituição de Oxigenoterapia de Alto fluxo, Hospital da Luz, Lisboa;
- Ward, J. (2013) High Flow Oxygen Administration by nasal cannula for adult and perinatal patients, *Respiratory Care Journal*, vol.58, 98-122.



APÊNDICE III

Poster intitulado “Vulnerabilidade da pessoa em situação crítica em emergência e reanimação”



VULNERABILIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Marta Soares Pacheco¹, Maria Teresa Leal²

¹ Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização: Pessoas em Situação Crítica, na ESEL (mpacheco@campus.esel.pt)

² Professora da ESEL, Mestre em Enfermagem, Orientadora do Projeto de Gráfico (leal@esel.pt)

Introdução

Vulnerabilidade, neste estudo, foi considerada como o "grau de incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças/acidentes" (OIVS, 2002, p.1). Processo dinâmico e permeável às circunstâncias que influenciam positiva ou negativamente o modo como cada pessoa concretiza os seus objetivos (Purdy, 2004). Importante conceito para a enfermagem, intrinsecamente relacionado com a saúde e os problemas que daí decorrem (Splers, 2000; Nichlata, Bertolozzi, Takahashi & Fracoli, 2006). À medida que a pessoa desenvolve mais recursos pessoais ou se insere num ambiente mais favorável, a vulnerabilidade tende a diminuir (Rogers, 1997). No pré-hospitalar, em SU e UO, as competências técnicas tendem a sobrepor-se às competências relacionais e a necessidade emergente de estabelecer a pessoa em situação crítica pode conduzir os profissionais a não atribuírem a devida importância à componente psicológica e emocional, diminuindo a capacidade de colaboração do doente e contribuindo para uma experiência mais hostil.

CUIDAR?



Críticas de inclusão

PSC adulta, admitida em sala de emergência/assistida por pré-hospitalar; OCS>15; experiência de vulnerabilidade /sentimento de satisfação ou insatisfação face aos cuidados de enfermagem; todo o tipo de documentos científicos, publicados ou não.

Objetivo

Identificar e analisar a evidência disponível relativa às intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em contexto de emergência e reanimação.

Metodologia

Revisão integrativa da literatura; pesquisa de trabalhos científicos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta.

Críticas de exclusão

Artigos com texto integral e/ou abstract disponível e não publicados em inglês ou português.

Avaliação da qualidade metodológica dos estudos: Critical Appraisal Tool, do Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Practice (JBI, 2016);

Nível de evidência dos estudos: Gradação de Evidência do Joanna Briggs Institute (JBI, 2012).

Palavras-Chave: Pessoa em situação crítica, serviço de emergência, cuidados de enfermagem, satisfação do doente, vulnerabilidade/pessoa vulnerável.

Resultados

Foram revisados os 9 artigos que cumpriam os critérios, 3 obtidos através da pesquisa na base de dados CINAHL e 6 através da pesquisa manual. Os estudos cobrem um horizonte temporal de 11 anos, em que o mais antigo foi realizado em 2000 e o mais recente é referente a 2011. Dos 9 estudos, 55% são qualitativos interpretativos fenomenológicos, 33% são quantitativos observacionais descritivos e 11% são revisões sistemáticas da literatura. Os métodos de colheita de dados foram questionários, entrevistas e documentos assistidos em emergência e num foram feitas gravações em vídeo de situações de cuidados.

Discussão

Não existe consenso sobre o verdadeiro significado de vulnerabilidade para cada pessoa em particular (Scanlon, 2007; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

A competência técnica dos enfermeiros surgiu como o aspeto mais valorizado pelo doente em contexto de emergência e reanimação (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman, Wikblad & Idvall, 2006; Gordon, Sheppard & Anaf, 2010; Wiman & Wikblad, 2005; Baldursdóttir & Jonasdóttir, 2002). Os doentes optam muitas vezes pela presença de um profissional competente ao invés de um familiar junto a si.



A falta de tempo dos enfermeiros e a elevada carga de trabalho surgem como uma limitação no processo de cuidar e de diminuição da vulnerabilidade, manifestado por comportamentos imprecisos, de curta duração e distanciamento. Nas áreas de cuidados à PSC, nomeadamente os serviços de urgência, há referência a um novo comportamento de uncaring - o comportamento técnico, onde é descrita uma falta de envolvimento emocional mas sem insensibilidade.

Conclusão

A experiência da pessoa em situação crítica é influenciada por fatores organizacionais, ambientais e de cuidado. O facto de pessoa se sentir cuidada por profissionais competentes, com capacidade de se relacionarem de forma empática e dar resposta às principais necessidades sentidas, num momento gonadal de grande ansiedade e medo, são os aspetos mais valorizados, que transmitem segurança e uma diminuição significativa da vulnerabilidade. Uma comunicação adequada à situação, com explicação dos procedimentos clínicos e empática permite o desenvolver de uma relação de confiança que promove a diminuição da vulnerabilidade, com potencial para a colaboração do doente nos cuidados prestados.

Reconhecer a vulnerabilidade da PSC e a sua influência na colaboração, recuperação e satisfação nos cuidados, permite desenvolver estratégias e adotar comportamentos mecanizados e momentos técnicos. A vulnerabilidade é uma condição continuamente presente no ser humano e o reconhecimento da vulnerabilidade das próprias profissionais é uma forma de preservar socialmente o valor do cuidar em contexto de emergência.

Referências bibliográficas: Baldursdóttir G. & Jonasdóttir H. (2002) The importance of nurse caring behaviors as perceived by patient receiving care at an emergency department, *Journal of critical care* 21(1):67-75; Gordon, J., Sheppard, L., Anaf, S. (2010) The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research, *International Emergency Nursing*, Vol 18 (2), p. 80-88; Nichlata, L., Bertolozzi M., Takahashi R., Fracoli L. (2006) The use of the "vulnerability" concept, *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(5):923-9; O'Brien, J., Fothergill-Bourbonnais, R. (2004) The experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes from critical patients, *Journal of Emergency Nursing* 20(2), p. 216-24; Purdy, I. (2004) Vulnerable: A conceptual note, *Nursing Forum*, 39(4), p. 25-32; Rogers, A. (1997) Vulnerability, health and health care, *Journal of Advanced Nursing* 26, 65-72; Splers, J. (2000) New perspectives on vulnerability: scientific and ethic approaches, *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), p. 715-721; Scanlon, A., Lee, G. A. (2007) The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24 (2), p. 34-39; Wiman, Wikblad & Idvall, (2006) Trauma patients' encounters with the team in the emergency department - a qualitative study, *Int J Nurs Stud* 44(5):714-22; Wiman & Wikblad (2003) Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department, *Journal of Critical Nursing*, vol 12(4); World Health Organization (2002), disponível em: http://www.who.int/en/wha/health_emergencies/vulnerable_groups/en/

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de presença no curso de abordagem ao doente urgente



6º Curso de Abordagem do Doente Urgente – Módulo 6: Procedimentos em Urgência



— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Rua Carlos Alberto da Mota Pinto, 17-9.º
1070-313 Lisboa



NOME

Marta Sofia Tinoco Neves Soares Pacheco

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11674045

CÓDIGO DE CERTIFICADO

GTJOP

AS ATIVIDADES FREQUENTADAS ENCONTRAM-SE NA PÁGINA SEGUINTE

Evento

6º Curso de Abordagem do Doente Urgente – Módulo 6: Procedimentos em Urgência

29-09-2017

Destina-se a médicos, assistentes hospitalares, internos e enfermeiros de especialidades Médicos Cirúrgicas e Anestesia.

As vagas para alunos de Medicina são muito limitadas.

Temas: Princípios gerais de controlo de infeção em procedimentos invasivos; Catéter venoso central; Particularidades de outros dispositivos venosos; Linha arterial e gasimetria arterial; Papel da ultrassonografia na colocação de acessos vasculares; Procedimentos cardiotorácicos; Procedimentos gastroenterológicos; Procedimentos uronefrológicos; Outros procedimentos.

Realiza-se no Auditório do Hospital do Hospital Beatriz Ângelo.

Organização:

Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo

INSCRIÇÕES | 100€



ANEXO II

Certificados de participação com comunicações livres nos eventos “Up to Date Emergência – do real ao ideal” e “Doente Crítico 2017”



Certificado

Certifica-se que **Marta Soares Pacheco** foi autora da comunicação livre subordinada ao tema **"A vulnerabilidade da pessoa em situação crítica em emergência e reanimação – Revisão integrativa da literatura"**, e que foi apresentado no Congresso **"Up to Date Emergência: Do Real ao Ideal"**. Este congresso foi organizado pelo CHMA - VMER e CESPÚ e decorreu no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, nos dias 13 e 14 de outubro de 2017.

O Centro Hospitalar Médio Ave, EPE

A CESPÚ, Crl

DOENTE
CRÍTICO '17
4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
11ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Marta Pacheco

foi autora da comunicação livre com o título:

“A vulnerabilidade da pessoa em situação crítica em
emergência e reanimação – revisão integrativa da
literatura”

no evento “Doente Crítico 2017”,

realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Drº João Fernandes)

ANEXO III

Certificado de presença no “II Simpósio de Medicina Intensiva do Centro
Hospitalar Lisboa Norte”.



II SIMPÓSIO DE MEDICINA INTENSIVA 1 e 2 de Fevereiro 2018

Serviço de Medicina Intensiva

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Grande Auditório João Lobo Antunes

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Antevisão:

ECMO: novos desafios

Doação em coração parado

Comportamento orgânico e gestão

Monitorização hemodinâmica

O doente neurocrítico



CERTIFICADO

Certifica-se que **Marta Soares** participou no **2º Simpósio de Medicina Intensiva** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, que se realizou nos dias 1-2 Fevereiro de 2018, no Hospital de Santa Maria.

Dra. Zélia Costa e Silva
PRESIDENTE DO SIMPÓSIO
2 de Fevereiro 2018

ANEXO IV

Comprovativo de aceitação de *poster* no 4.º Congresso Internacional de
Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Dear Marta Pacheco,

It is our pleasure to inform that your abstract entitled **Nursing Caring of Vulnerable Patients in Emergency Situations: What Does the Evidence Say?** has been accepted to be presented/projected as an e-poster (.pptx or.pdf file) at the 4th IPLeiria's International Health Congress. The final detailed programme of presentations (oral and poster) will be posted at the conference's site on April 6, 2018.

Corresponding authors of abstracts reporting results of a controlled health care intervention, that still have not included in the abstract their trial registries/identifying numbers (e.g. Trial registration: Current Controlled Trials ISRCTN37824458), will be contacted by the scientific committee during next week, in order to regularize the procedure.

All authors must please make note of the following aspects:

- 1- E-mail addresses of the corresponding author (the first, in case of more than one) will be included in the publication;
- 2- Poster presentations are limited to 3 minutes;
- 3- Each author can only present a maximum of 2 communications (oral and/or poster);
- 4- Presenting authors must be formally registered in the congress before March 30, 2018;
- 5- If registration payments are not accomplished within the stipulated time, papers will be withdrawn from the special issue of BMC Health Services Research;
- 6- Participation certificates will be conferred to all registered participants;
- 7- Presentation certificates will be conferred only to presenting authors (with the indication of the title and authors of the paper and the type of communication (eg: This is to certify that John Smith presented an oral/poster communication entitled "Global health trends" by John Smith and António Silva, at the 4th IPLeiria International Health Congress, May 11 & 12, 2018, Leiria, Portugal);
- 8- Requests asking for changes in presenting authors must be sent to com.health@ipleiria.pt and will only be considered if before April 16, 2018.

Congratulations and thank you for your participation.

Looking forward to host you in Leiria!

Yours sincerely,

The scientific committee

4th IPLeiria's International Health Congress

